

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**“UN HIJO DISCAPACITADO, LA RE-SIGNIFICACIÓN DE LA HERIDA
NARCISISTA EN LA MADRE HISTÉRICA; EL CASO D”**

POR

LIC. CARLOS ALBERTO COSSÍO ROCHA

**EN OPCION AL GRADO DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

JUNIO, 2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO



**“UN HIJO DISCAPACITADO, LA RE-SIGNIFICACIÓN DE LA HERIDA
NARCISISTA EN LA MADRE HISTÉRICA; EL CASO D”**

PRESENTA
LIC. CARLOS ALBERTO COSSÍO ROCHA

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN
CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO

JUNIO DE 2019

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por estar siempre a mi lado, por enseñarme a ser un hombre de bien, por siempre ser mi guía y mi fortaleza.

A mi esposa, por su paciencia y amor incondicional, por haberme dado el mejor regalo de la vida.

A mi hijo hermoso, por haberme enseñado que puedo ser lo que nunca pensé que podría llegar a ser.

A mi hermano, por compartir tantas cosas, por aprender juntos que se puede obtener lo que se desee con dedicación y esfuerzo propio.

A mis abuelos, que gracias a su cariño y apoyo, aprendí que la vida es una suerte de sacrificio y coraje, que lo que importa es lo que hagas, no lo que digas.

A mis maestros de licenciatura y maestría, que admiro y admirare siempre, por enseñarme a comprender y entender el psicoanálisis; así como el llevar a cabo una práctica disciplinada y apegada a las normas y canones profesionales.

¡Gracias totales!

ÍNDICE

Resumen.....	6
--------------	---

CAPITULO 1: PALABRAS PRELIMINARES

1.1 Introducción.....	8
1.2 Antecedentes.....	11
1.3 Objetivo General.....	12
1.4 Objetivos Específicos.....	12
1.5 Supuestos.....	13
1.6 Limitaciones y Delimitaciones.....	13
1.7 Justificación.....	14

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1 Complejo de Edipo Femenino.....	17
2.2 La construcción de la feminidad en la madre.....	19
2.3 La histeria: el fantasma como herida narcisista.....	23
2.4 La madre y el hijo-falo.....	26
2.5 El hijo discapacitado y el derrumbe de lo imaginario.....	30

CAPITULO 3: METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Método cualitativo.....	35
3.2 Modelo psicoanalítico.....	35
3.3.1 Dispositivo analítico.....	35
3.3.2 Encuadre psicoanalítico.....	37
3.3.3 Proceso analítico.....	37
3.3.4 Instrumento para recabar información.....	38
3.3.5 Instrumentos de concientización.....	38

CAPITULO 4: ESTUDIO DE CASO CLINICO

4.1 Historial clínico.....	41
4.1.1 Resumen general de caso clínico.....	41
4.1.2 Motivo de consulta.....	50
4.1.3 Demanda de tratamiento.....	50
4.1.4 Sintomatología actual.....	51
4.1. 5 Impresión diagnóstica.....	52
4.2 Estructura subjetiva.....	52
4.2.1 Contexto familiar.....	52
4.2.2 Figuras significativas.....	53
4.2.3 Estructuración Edípica.....	54
4.2.4 Perfil subjetivo.....	55

4.2.4.1 Maneras de interacción.....	55
4.2.4.2 Rasgo de carácter.....	55
4.2.4.3 Mecanismos de defensa.....	56
4.3 Construcción de un caso.....	56
4.3.1 La relación con la madre omnipotente y la dificultad de asumir su propio deseo.....	56
4.3.2. La inmovilidad, los remanentes del deseo insatisfecho.....	58
4.3.3 Lo que se precipita en la imagen del hijo discapacitado; la triada padre-esposo-hijo.....	63

CAPITULO 5: SINTESIS Y CONCLUSIONES

5.1 Síntesis de la intervención clínica.....	68
5.2 Discusión y conclusiones personales.....	70

BIBLIOGRAFÍA.....	73
--------------------------	-----------

RESUMEN

El presente trabajo consiste en la trasmisión de saberes los cuales surgen de una intervención clínica con enfoque psicoanalítico, donde dichos saberes se estructuran de manera cronológica para crear un caso, el cual por medio de construcciones teóricas, cobra una explicación y sentido lógico, pudiéndose explicar la realidad y etiología de sus fenómenos psíquicos particulares.

Se explicará la relación entre una mujer con estructura histérica, y la relación que lleva está con su primogénito, el cual aquejado de una condición física de nacimiento crónica y degenerativa, despierta en la neurosis de la madre, esa huella de su infancia que en el actual y real de la madre, suscita una serie de dificultades y vicisitudes las cuales no le permiten asumirse de una manera plena como madre, y de igual manera generando una inestabilidad emocional, la cual apunta directamente por medio de las asociaciones, a la relación Edípica con sus propios padres, lo cual en el entramado de la intervención logra descifrar para poder asumir su propia identidad en los diferentes roles en los que es participe.

CAPITULO 1

PALABRAS PRELIMINARES

1.1 Introducción

En el presente trabajo se analiza, desde el estudio de un caso particular, en base a conceptualizaciones teóricas específicas y su entramado clínico, la problemática que surge en la relación de una paciente histérica y su hijo discapacitado. Se estudia desde una perspectiva del método psicoanalítico, el cómo se construye y enuncia la relación materno-filial, el cómo se desarrollan los vínculos afectivos, el cómo dicha relación tiene efectos en la estructura psíquica de ambos sujetos, y sobre todo, el cómo ese tipo de relación configura un fenómeno psíquico único.

En un sentido inverso, se analiza, concretamente, los efectos que produce en la psicología de la madre, el tener y hacerse cargo de un hijo con discapacidad; observando que dicha relación revive, en la madre, de forma transferencial e identificatoria una herida narcisista de su pasado, herida que se origina en la relación con su propia madre.

Las vicisitudes y problemáticas psicológicas que presenta en la actualidad la madre, y por las cuales acude a terapia psicológica, tienen relación directa, con acontecimientos traumáticos de su propia infancia, sin embargo, esos acontecimientos por un prolongado tiempo permanecieron sin producir efectos en la madre; sin embargo, al momento del nacimiento de su primogénito, dichos acontecimientos traumáticos de su infancia, volvieron a surgir, produciendo nuevamente en la madre efectos negativos, tales como malestares físicos, así como psicológicos.

Así mismo, se observa como para la madre el tener un hijo con una discapacidad, genera constantemente un estado de angustia, provocando que se vea afectada su calidad de vida de manera general, así como en gran medida sus relaciones, laborales, personales y familiares. Por otra parte la relación con su esposo, a causa de estos efectos traumáticos que vuelven a producirse en la actualidad,

comienza a verse afectada también de forma negativa, generando episodios de violencia familiar y desapego afectivo.

Es entonces que el estudio de caso presentado en este trabajo, se enfocara directamente sobre la relación entre una madre histérica y su hijo, priorizando el efecto que genera la discapacidad de este último en la madre, trastocando la relación primordial en cuanto al juego de deseos, de completud del otro; además de que pone en juego, radicalmente, la propia constitución de la madre como sujeto, en relación a su propio deseo.

Para una mayor comprensión y análisis del caso clínico a presentar, es que se divide en 5 capítulos, cada uno de los cuales exponen la relación de la práctica clínica con la teoría y método psicoanalítico, siendo:

- Dentro del Capítulo 1; se abordaran por medio de palabras preliminares, el cómo se configura el caso clínico, poniendo en antecedente la etiología de la “histeria”, las investigaciones históricas partiendo desde la Salpêtrière de Charcot, pasando por las investigaciones fundamentales y rigurosas del psicoanálisis de Freud, hasta llegar a trabajos teóricos psicoanalíticos contemporáneos. De igual manera dentro de este capítulo, se expondrán los supuestos en los cuales se sustentan la línea investigación clínica del caso; así como, las limitaciones y delimitaciones propias, que surgen al momento de encuadrar a la paciente a un tratamiento psicoanalítico. Así mismo, se expone de manera concreta, los objetivos generales y específicos, los cuales marcan el ritmo y dan la pauta que permite al lector ubicar la base teórica de la investigación clínica del caso en particular.
- Dentro del Capítulo 2; se expone de manera clara y precisa, la parte de la teoría, mencionando las aportaciones más significativas de la “histeria”, comenzado con su definición etimológica; mencionando los anclajes teóricos necesarios para su comprensión, tales como: el complejo de Edipo, la

castración, el falo, hasta llegar a la descripción sistemática como estructura subjetiva propuesta por Sigmund Freud y retomada por autores contemporáneos.

- Dentro del Capítulo 3; se expone la metodología con la cual se abordó el caso clínico propuesto, siendo específicamente la metodología propuesta por Freud, una intervención desde el “método psicoanalítico”; dicho método se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa.
- Dentro del Capítulo 4; se realiza un análisis exhaustivo de cómo se entrelaza la teoría con la práctica clínica, lo anterior permitiendo que surja un caso particular, pudiendo anclar desde una revisión teórica el discurso del paciente, creando así una intervención apegada estrictamente al método psicoanalítico. Para una mejor comprensión de cómo se llevó a cabo la construcción del caso, es que se subdivide de la siguiente manera: a) Historial Clínico, dando al lector una visión y panorama general del caso, b) Estructura Subjetiva, por medio de una descripción detallada de las conductas, ideas, pensamientos y discurso acercarnos a delimitar la estructura propia de la paciente, c) Construcción del Caso en donde se muestran, a través del uso de categorías descriptivas, extractos de viñetas a lo largo de todo el proceso que dan seña del trabajo de análisis que se estuvo realizando.
- Dentro del Capítulo 5, finalmente, en este capítulo, se llega a las conclusiones de la investigación, realizando una síntesis de la intervención, así como de la evolución que fue teniendo el caso en el transcurso del proceso. Y, para concluir, se incluye un apartado para la discusión y conclusiones personales del terapeuta sobre la influencia del presente trabajo; así como, la importancia que tuvo el paso por la Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica.

1.2 Antecedentes

¿A dónde se han ido las histéricas de antaño, esas mujeres maravillosas, las Anna O., las Dora...", todas esas mujeres que son hoy las figuras matrices de nuestro psicoanálisis?"

Ya desde la época clásica la palabra histeria que viene del griego "hyster", que significa útero; hacía alusión a las enfermedades que padecían las mujeres exclusivamente en ese órgano, el cual provocaba en ellas toda una sintomatología incluso que podía llegar a ser vista como locura. Desordenes de personalidad, ataques convulsivos ya sea en todo su cuerpo o solo en una parte; además, de estados de estupor extremadamente profundos y de cambio de personalidad radical.

Uno de los principales científicos que busco comprender la etiología de los padecimientos de la histeria, fue el medico Vienes Sigmund Freud; por medio de sus intervenciones formulo toda una teoría y un método, que llamo psicoanálisis, el cual se rige por los descubrimientos que realizó en el tratamiento de las manifestaciones clínicas de sus pacientes histéricas.

Posteriormente, ubicamos dentro de las aportaciones de Jacques Lacan, que surge una concepción nueva de la histeria dentro de su retorno a Freud, ya que: *"Lacan, en cambio, tempranamente la concibe como una forma de subjetividad, distinguiendo de este modo la estructura histérica de la neurosis histérica. La segunda se instala a partir de la primera, pero no se confunde con ella. Más tarde la plantea como una forma de discurso, es decir, como una modalidad de lazo social."* (Mazzuca, 2008)

Lacan formula progresivamente diferentes ejes y perspectivas según el momento de su elaboración. Si bien en el período estructuralista de su obra toma como eje la modalidad del deseo, en el último período de su obra acentúa la posición en relación con el goce. Estas diferentes perspectivas no se sustituyen unas a otras sino que más bien forman una compleja red de interrelaciones complementarias.

Así pues, los histéricos de antaño vivieron, y su sufrimiento presenta en nuestros días otros rostros, otras formas clínicas, tal vez más discretas, menos espectaculares que las de la antigua Salpêtrière. El histérico de finales de siglo XIX y el histérico moderno viven cada cual a su manera un sufrimiento diferente; y sin embargo, no ha variado en lo esencial la explicación ofrecida por el psicoanálisis en cuanto a la causa de estos sufrimientos. Es verdad que desde sus comienzos la teoría psicoanalítica experimentó singulares cambios, pero su concepción del origen de la histeria continúa fundamentalmente intacta.

Como lo expone Nasio (1991) en su libro *el Dolor de la Histeria*: *“la histeria de entonces no sólo hizo nacer el psicoanálisis sino que, sobre todo, marcó con un sello indeleble la teoría y la práctica psicoanalíticas de hoy. La manera de pensar de los psicoanalistas actuales y la técnica que aplican siguen siendo, a pesar de los cambios inevitables, un pensamiento y una técnica íntimamente ligados al tratamiento del sufrimiento histérico.”*

Sin embargo para este estudio de caso, los conceptos que revisaremos no serán sobre la historia del psicoanálisis, sino sobre aspectos o categorías de conocimiento específicas, que se fundaron y se desarrollaron teóricamente al momento de llevar a cabo el estudio de la histeria. Dichas categorías no ayudaran a realizar una comprensión detallada del caso en cuestión, delimitando solo las ideas directrices que nos permitan la creación de un caso clínico desde una intervención psicoanalítica particular.

1.3 Objetivo General

Analizar como el tener un hijo discapacitado, re-significa una herida narcisista en la madre histérica

1.4 Objetivos Específicos

- Analizar la herida narcisista producto de la imagen del hijo discapacitado
- Analizar como la herida narcisista se re-significa en las relaciones actuales

1.5 Supuestos

- El hijo es para la madre el sustituto del falo que colma
- La madre re-significa la relación Edípica de sus padres en sus relaciones actuales

1.6 Limitaciones y Delimitaciones

Sabemos que todo tratamiento psicoanalítico presenta resistencias puesto que pone en cuestionamiento las certezas del paciente y aflora las angustias, sin embargo, es el tratamiento que permite un mejor conocimiento del sujeto, lo cual le va a permitir un reposicionamiento subjetivo en diversas áreas de su vida.

Las dificultades que se presentaron durante el tratamiento tuvieron que ver directamente con la dinámica familiar de la paciente, ya que en ocasiones se llegó a cancelar la cita por los motivos de que no tenía con quien dejar a sus hijos, argumentando en la sesión posterior que su esposo siempre le hacía lo mismo, que nunca llegaba a tiempo para que ella pudiera asistir a su sesión.

De igual manera, en otras ocasiones se llegó a cancelar la cita por el motivo de que tenía que llevar a su hijo a terapia; sin embargo sus argumentos en la sesión posterior, eran de que no estaba segura de si el tratamiento que estaba llevando conmigo iban a ayudar a su hijo o a ella a estar mejor, que no sabía si yo iba a poder ayudarla en sus problemas.

Se observa de esta manera que el alcance de las intervenciones eran orientadas a subsanar esa parte donde ella era incapaz de asumir su propio deseo, proyectando en la discapacidad de su hijo mayor, la herida narcisista que la relación con su propia madre había generado, por lo que al momento de trabajar sobre ese tema era cuando surgían las resistencias que no permitían a la paciente continuar buscando boicotear su propio avance y los cambios que posiblemente pudiera estar logrando.

1.7 Justificación

El presente estudio de caso, me convoca en dos sentidos, todos ellos siempre bajo la premisa de que el método psicoanalítico ayuda a develar esa parte inconsciente del sujeto, eso que guarda, que reprime, pero que sin embargo, opera por medio de fuerzas tendientes a buscar una salida, una expresión a través de síntomas y actos que el sujeto desconoce, que le son ajenos.

Así mismo, y en segundo lugar, el motivo de analizar dicho caso particular, radica en la experiencia de mi análisis personal, donde pude atestiguar las concepciones teóricas y metodológicas del psicoanálisis fundado por Freud; en dicha experiencia propia, logre ubicar, por medio de la figura de mi analista y la interpretación de la transferencia, eventos traumáticos de mi infancia, los cuales suscitaron situaciones dolorosas y angustiantes, produciendo efectos en mi presente; sin embargo, en mi experiencia analítica, puede elaborar y asumir dichas situaciones pudiendo asumir una posición diferente ante mi propio deseo.

Y en tercer lugar, está el motivo de aportar una visión teórica particular, ya que desde Freud (1920) en su escrito “Mas allá del principio del placer”, ubicaba la importancia de la relación madre-hijo y, explicaba la manera en cómo experimentaba el menor dicha relación, eran entonces los efectos producidos, pudiendo incluso generar trauma infantil, el cual en los primeros años de vida, sucedía sin estragos aparentes, sino que su resultado era una “huella narcisista”, una herida que tenía una fijación en ese punto relativo al vínculo primordial entre la madre y el hijo, y que su influencia no pasaría desapercibida, sino que formaría parte del sujeto, configurando en cierta medida su estructura psíquica, por lo que a través de una compulsión a la repetición surgiría nuevamente en épocas posteriores de la vida del sujeto, con efectos equivalentes a los de la relación primordial.

Es por tal motivo que mi análisis de caso, busca exponer que las concepciones Freudianas aun están vigentes y que sirven para explicar los fenómenos y

padecimientos psicológicos que sufren las personas, quienes no alcanzan a reconocer que dichos padecimientos no tienen su etiología en acontecimientos desfavorables actuales o afectaciones fisiológicas; sino que, por medio de la represión, les es imposible advertir que existió un sufrimiento dentro de la relación primordial madre-hijo, la cual condiciona dentro de su estructura psíquica un trauma que origina una “herida narcisista” la cual, por sus efectos repetitivos tiende a generar un padecimiento doloroso y angustiante en su presente, no logrando establecer relaciones afectivas sanas, debió a que la relación Edípica con su propia madre, las condena a nunca poder asumir su propio destino.

CAPITULO 2

MARCO TEORICO

2.1 Complejo de Edipo Femenino

"La vida amorosa del hombre «es la única que se ha hecho asequible a la investigación, mientras que la de la mujer permanece envuelta en una oscuridad todavía impenetrable"

En sus escritos "Algunas consecuencias psíquicas...", Freud (1925), describe que: *"sólo si se exploran las primeras exteriorizaciones de la constitución pulsional congénita, así como los efectos de las impresiones vitales más tempranas, es posible discernir correctamente las fuerzas pulsionales de la posterior neurosis y precaverse de los errores a que inducirían las refundiciones y superposiciones producidas en la edad madura."*

De igual manera en "Algunas consecuencias psíquicas..." (1925) se trata de elucidar la diferencia en cuanto al complejo de edipo, la envidia del pene y el complejo de castración del varoncito y la niña; se analiza la «fase fálica» y el papel que desempeña dentro de la organización genital infantil.

Para Freud (1925) *"inicialmente la madre fue para ambos el primer objeto, y no nos asombra que el varón lo retenga para el complejo de Edipo. Pero, ¿cómo llega la niña a resignarlo y a tomar a cambio al padre por objeto? Persiguiendo este problema he podido hacer algunas comprobaciones que acaso echen luz, justamente, sobre la prehistoria de la relación edípica en la niña."*

Ahora bien, dentro de la fase fálica, dirá Freud (1925) *"ella (la niña) nota el pene de un hermano o un compañerito de juegos, pene bien visible y de notable tamaño, y al punto lo discierne como el correspondiente, superior, de su propio órgano, pequeño y escondido; a partir de ahí cae víctima de la envidia del pene."*

Cuando la niña cae víctima de la envidia del pene, dirá Freud (1925), *"en este lugar se bifurca el llamado complejo de masculinidad de la mujer," que eventualmente, si no logra superarlo pronto, puede deparar grandes dificultades al prefigurado desarrollo hacia la feminidad."*

De igual manera Freud (1925), ubica que la envidia del pene, pone de manifiesto un mecanismo, que le ayudara a sobrellevar dicha envidia, dicho mecanismo se denomina “desmentida”; el cual significa que: *“la niña se rehúsa a aceptar el hecho de su castración, se afirma y acaricia la convicción de que empero posee un pene, y se ve compelida a comportarse en lo sucesivo como si fuera un varón.”*

Es en este momento y tras instaurarse la envidia del pene, es que se origina “la herida narcisista”; como lo explica Freud (1925), *“las consecuencias psíquicas de la envidia del pene, en la medida en que ella no se agota en la formación reactiva del complejo de masculinidad, son múltiples y de vasto alcance. Con la admisión de su herida narcisista, se establece en la mujer —como cicatriz, por así decir— un sentimiento de inferioridad.”*

Dicha consecuencia que le sobreviene a la niña al momento de percibirse sin un pene, hace que prevalezcan sentimientos hacia la madre, los cuales la ubican como la culpable de su “falta”, de su incompletud; *“una tercera consecuencia de la envidia del pene parece ser el aflojamiento de los vínculos tiernos con el objeto madre [...] al final la madre, que echó al mundo a la niña con una dotación tan insuficiente, es responsabilizada por esa falta de pene.”* (Freud, 1925)

“El curso histórico suele ser este: tras el descubrimiento de la desventaja en los genitales, pronto afloran celos hacia otro niño a quien la madre supuestamente ama más, con lo cual se adquiere una motivación para desasirse de la ligazón-madre.” (Freud, 1925)

Es en este punto que ahora juega un papel importante y decisivo el Complejo de Edipo; ya que ahora la libido de la niña se desliza a lo largo de la ecuación simbólica prefigurada:

PENE = HIJO

Como lo explica Freud (1925), *“resigna el deseo del pene para remplazarlo por el deseo de un hijo, y con este propósito toma al padre como objeto de amor; la madre pasa a ser objeto de los celos, y la niña deviene una pequeña mujer.”*

Dirá Freud (1923) en “El sepultamiento...” que: *“la renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza –a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos- del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo de recibir como regalo un hijo del padre, parirle un hijo”*

Continúa explicando Freud (1923), *“ambos deseos, el de poseer un pene y el de recibir un hijo, permanecen en lo inconsciente, donde se conservan con fuerte investidura y contribuyen a preparar al ser femenino para su posterior papel sexual.”*

2.2 La construcción de la feminidad en la madre

“La histeria es una neurosis en el sentido más estricto del término; vale decir que no se han hallado para esta enfermedad alteraciones {anatómicas} perceptibles del sistema nervioso, y, además, ni siquiera cabe esperar que algún futuro refinamiento de las técnicas anatómicas pudiera comprobarlas.”

“Podemos iniciar caracterizando a la feminidad, diciendo que consiste en la predilección por metas pasivas, la participación de la mujer se caracteriza entonces por metas pasivas en torno de ese paradigma que sería su vida sexual.”
(Freud, 1932)

Es importante apuntar, que el psicoanálisis, por su particular naturaleza, no pretende describir qué es la mujer – una tarea de solución casi imposible para él- , sino, *“indagar cómo deviene, cómo se desarrolla la mujer a partir del niño de disposición bisexual.”* (Freud, 1932)

Sin embargo Freud, en sus escritos “Nuevas conferencias...” (1932) escribe que *“para la niña, el descubrimiento de su castración, es un punto de viraje en su propio desarrollo [de su sexualidad].”*

Es entonces que Freud (1932), explica que de dicho descubrimiento parten 3 orientaciones de desarrollo de la niña:

- 1) La inhibición sexual o a la neurosis
- 2) Una alteración en el carácter, en el sentido de un complejo de masculinidad
- 3) La feminidad normal

La primera de las orientaciones del desarrollo de la niña, es la que tomaremos en cuenta para explicar, como se asume una neurosis en la mujer (histeria); ya que dice Freud (1932), *“la niña pequeña, que hasta ese momento había vivido como varón, sabía procurarse placer por excitación de su clítoris y relacionaba este quehacer con sus deseos sexuales, con frecuencia activos, referidos a la madre, ve estropearse el goce de su sexualidad fálica por el influjo de la envidia del pene. La comparación con el varón, tanto mejor dotado, es una afrenta a su amor propio; renuncia a la satisfacción masturbatoria en el clítoris, desestima su amor por la madre y entonces no es raro que reprima una buena parte de sus propias aspiraciones sexuales.”*

Es importante notar como dice Freud (1932), *“el extrañamiento respecto de la madre no se produce de un golpe, pues la muchacha comienza a considerar su castración como una desventura personal, sólo poco a poco la extiende a otras personas del sexo femenino y, por último, también a la madre.”*

Este viraje es muy significativo, ya que el amor de la niña, se había dirigido a la madre fálica; sin embargo, con el descubrimiento de que la madre es castrada, se posibilita abandonarla como objeto de amor, de suerte que pasan a prevalecer los motivos de hostilidad que durante largo tiempo se habían ido reuniendo.

Para Freud hasta este punto, como lo dice en sus escritos “Nuevas conferencias...” (1932), *“la importancia que adquieren todos los detalles fácticos del onanismo temprano para la posterior neurosis o el carácter del individuo: si fue descubierto o no, el modo en que los padres lo combatieron o toleraron, si el niño consiguió sofocarlos por sí mismo.”*

Dirá Freud, en sus escritos “Tres ensayos...” (1901) que: *“en la niña la zona erógena rectora se sitúa sin duda en el clítoris, y es por tanto homologa a la zona*

genital masculina, el glande. Todo lo que he podido averiguar mediante la experiencia acerca de la masturbación en las niñas pequeñas se refería al clítoris y no a las partes de los genitales externos que después adquieren relevancia para las funciones genésicas.”

Lo anterior, se puede explicar de la siguiente manera, cuando la envidia del pene ha despertado un fuerte impulso contrario al onanismo clitorídeo y este, no quiere ceder, se entabla una violenta lucha por liberarse; en esa lucha la niña asume ella misma, por así decir, el papel de la madre ahora destituida y expresa todo su descontento con el clítoris inferior en la repulsa a la satisfacción obtenida en él.

Continua explicando Freud (1932), *“se continua un interés que debemos interpretar como defensa contra una tentación que se sigue temiendo. Se exterioriza en la emergencia de una simpatía hacia personas a quienes se atribuyen dificultades parecidas, entra como motivo del casamiento y hasta puede comandar la elección de marido o del compañero en el amor.”*

“Con el abandono de la masturbación clitorídea se renuncia a una porción de actividad. Ahora prevalece la pasividad, la vuelta hacia el padre se consuma predominantemente con ayuda de mociones pulsionales pasivas.” (Freud, 1932)

Explica Freud (1932), *“el deseo con que la niña se vuelve hacia el padre es sin duda, originariamente, el deseo del pene que la madre le ha denegado y ahora espera del padre. Sin embargo, la situación femenina, solo se establece cuando el deseo del pene se sustituye por el deseo del hijo, y entonces, siguiendo una antigua equivalencia simbólica, el hijo aparece en lugar del pene.”*

Lo anterior, se explica mejor cuando Freud, dice que “ahí” radicaba entonces, el sentido de su juego con muñecas para la niña.

Dirá Freud (1932), *“ese juego no era propiamente la expresión de su feminidad; servía a la identificación-madre en el propósito de sustituir la pasividad por actividad.”*

Solo con aquel punto de arribo del deseo del pene, el hijo-muñeca deviene hijo del padre y, desde ese momento, la más intensa meta de deseo femenina. Es grande la dicha cuando ese deseo del hijo halla más tarde su cumplimiento en la realidad, y muy especialmente cuando el hijo es un varoncito, que trae consigo el pene anhelado. En la expresión compuesta “un hijo del padre”, muy a menudo el acento recae sobre el hijo, y no insiste en el padre.

Se expresa entonces que: *“adjudicamos a la feminidad, pues, un alto grado de narcisismo, que influye también sobre su elección de objeto, de suerte que para la mujer la necesidad de ser amada es más intensa que la de amar.* (Freud, 1932)

“El desarrollo de las inhibiciones de la sexualidad (vergüenza, asco, compasión) se cumple en la niña pequeña antes y con menores resistencias que en el varón; en general, parece mayor en ella la inclinación a la represión sexual; toda vez que se insinúan claramente pulsiones parciales de la sexualidad, adoptan de preferencia la forma pasiva.” (Freud, 1901)

Así mismo, la vergüenza, considerada una cualidad femenina por excelencia, pero fruto de la convención en medida mucho mayor de los que se creería, la atribuimos al propósito originario de ocultar el defecto de los genitales. (Freud, 1932)

En este punto observamos, que la feminidad, suscitada dentro de esa relación pre-edípica, condiciona la relación de objeto de la mujer, la cual se vuelven hartas veces irreconocibles por obra de las circunstancias sociales. La mujer vuelve a re-significar dicha relación primordial, reviviéndola en la figura de personas significativas en su actualidad.

Nos dirá Freud (1932), *“pero muy a menudo interviene otro desenlace que en general amenaza esa tramitación del conflicto de ambivalencia. La hostilidad que se dejó atrás alcanza a la ligazón positiva y desborda sobre el nuevo objeto. El marido, que había heredado al padre, entra con el tiempo en posesión de la herencia materna. Entonces ocurre fácilmente que la segunda mitad de la vida de*

una mujer se llene con la lucha contra su marido, así como la primera, más breve, o estuvo con la rebelión contra su madre.”

De igual manera, se observa que la ecuación pene=hijo, se re-significa, y se observa que en la actualidad no ha perdido su fuerza, sino que se demuestra en la diversa reacción de la madre frente al nacimiento de un hijo según sea varón o mujer.

Freud (1932), lo explica de la siguiente manera: *“solo la relación con el hijo varón brinda a la madre una satisfacción irrestricta; es en general la más perfecta, la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas. La madre puede transferir sobre el varón la ambición que debió sofocar en ella misma, esperar de él la satisfacción de todo aquello que le quedó de su complejo de masculinidad.”*

2.3 La histeria: el fantasma como herida narcisista

“Los síntomas de la histeria derivan su determinismo de ciertas vivencias de eficacia traumática que el enfermo ha tenido, como símbolos mnémicos de las cuales ellos son reproducidos en su vida psíquica.”

En un primer momento, para Freud, la histeria era explicada por la teoría de la conversión, sin embargo; Freud (1900) introduce que: *“el origen de la histeria es un fantasma inconsciente, no una representación. Y lo que se convierte es una angustia fantasmática, no una sobrecarga de la representación.”*

“La representación penosa no necesita surgir de una remota seducción sexual cometida por un adulto. Ahora basta pensar en nuestra infancia, imaginar el desarrollo de nuestro cuerpo pulsional, y comprender que cada experiencia vivida en nuestra niñez, en el nivel de las diferentes zonas erógenas –boca, ano, músculos, piel, ojos- tiene el exacto valor de un trauma.” (Nasio, 1996)

Explica Nasio, en su texto “El dolor de...” (1996), que *“el yo infantil mismo, es el asentamiento natural de la eclosión espontánea y violenta de una tensión excesiva llamada deseo; el vocablo trauma, designa un acontecimiento psíquico cargado de afecto, verdadero micro trauma local, centrado en torno a una región erógena del*

cuerpo y consistente en la ficción de la escena traumática que el psicoanálisis llama fantasma”

En este caso, el afecto provocado por el trauma real es un sentimiento de pavor que, sin ser reprimido, quedará inscrito no obstante, de una u otra manera, en la vida fantasmática de la psique infantil. Digámoslo, pues, con claridad: es cierto que hay traumas que no son fantasmas, pero todos los traumas, sean reales o psíquicos, se inscriben necesariamente en la vida de los fantasmas.

“La sexualidad infantil nace siempre mal, pues es siempre exorbitante y extrema. Este fue el gran descubrimiento que hizo abandonar a Freud la teoría del trauma real como origen de la histeria. La sexualidad infantil es un foco inconsciente de sufrimiento, pues es siempre desmesurada en relación con los limitados recursos, físicos y psíquicos, del niño.” (Nasio, 1996)

Lo explica Nasio (1996) de la siguiente manera: *“el propio cuerpo erógeno del niño produce el acontecimiento psíquico, pues es foco de una sexualidad rebosante, asiento del deseo. Un deseo que entraña la idea de que algún día podría realizarse en la satisfacción de un goce ilimitado y absoluto. Lo insoportable para el sujeto es, justamente, esta posibilidad de un absoluto cumplimiento de deseo. Lo habíamos dicho en las primeras páginas: para el sujeto el goce es insoportable porque, si lo viviera, pondría en peligro la integridad de todo su ser. Es tan intenso el surgimiento de este exceso de sexualidad llamado deseo, con la eventualidad de su cumplimiento, llamado goce, que, para atemperarse, necesita la creación inconsciente de fabulaciones, escenas y fantasmas protectores.”*

Una escena fantasmática tan “verdadera” como la antigua escena traumática ocurrida en la realidad, dará entonces forma y figura dramáticas a la tensión deseante. Esta tensión, una vez fantasmaticizada, es decir, atemperada por el fantasma, sigue siendo una tensión igualmente insoportable, pero ahora está integrada en la escena del fantasma y a ella se circunscribe. Ahora la llamamos

angustia fantasmática. La angustia es el nombre que adoptan el deseo y el goce una vez inscritos en el marco del fantasma.

Explicará Nasio (1996), que *“invariablemente seguimos sosteniendo la tesis de que la causa principal de la histeria reside en la actividad inconsciente de una representación sobreinvertida. Con la salvedad de que el contenido de esta representación ya no se reduce a la imagen delimitada de una parte del cuerpo (primera teoría), sino que se despliega respondiendo a un libreto dramático llamado fantasma. Este fantasma se desarrolla en una breve secuencia escénica que comprende siempre los elementos siguientes: una acción principal, protagonista, y una zona corporal excesivamente investida, fuente de angustia.”*

Según Freud, explica Nasio, en su texto “El dolor de...” (1996), que *“la escena del fantasma visual de la histeria, correspondería en todos sus detalles a una escena ficticia; una escena que habría sido vivida en la fase así llamada fálica de su evolución libidinal. Si la llamamos fase fálica es porque la parte sexual que le falta a la madre en la imagen de su cuerpo desnudo no es, a los ojos del niño, el pene, sino el ídolo del pene, la ficción de un pene potente cargado de una extrema tensión libidinal, un “semblante” del pene que el psicoanálisis conceptualiza con el vocablo falo.”*

Es en este momento en que el niño descubre que la madre esta desprovista de falo, que su universo se escinde a partir de ahora en dos clases de seres: los que son portadores de un falo y los que están desprovistos de él; y esto, independiente de su sexo anatómico. (Nasio, 1996)

El universo infantil sigue repartido entre seres provistos y seres desprovistos de falo o, simplemente, entre seres potentes y seres impotentes, sanos y enfermos, lindos y feos, y no entre hombres que tienen pene y mujeres que tienen una vagina. Exactamente de esta incertidumbre sexual sufre el histérico. (Nasio, 1996)

Por otra parte, si nos enfocamos como hasta este punto de nuestro recorrido teórico, en la figura de la mujer, explica Freud, según lo plantea Nasio (1996) en su texto “El dolor de la histeria...” que *“el afecto que domina en el fantasma femenino de castración como origen de la histeria, no es la angustia, como en el caso del varón, sino el odio y el resentimiento hacia la madre.”*

Continúa explicando Nasio (1996): “La mujer no podría tener angustia de castración en el verdadero sentido del término, pues ya está castrada; no hay para ella ningún peligro de castración. Sin embargo, existe cabalmente un fantasma femenino de castración en el cual la castración no es una amenaza sino un hecho ya consumado. En su fantasma, la niña no tiene la idea del pene sino de un falo que le han robado, y tampoco tiene la idea de la vagina como cavidad positiva sino de la falta de un falo que hubiese debido estar ahí.”

“Sorprendida ante el cuerpo castrado de su madre y confirmándosele así su propia castración, se ve asaltada por la incontenible apetencia de tener ese falo que le falta, o de ver un día que su pequeño falo clitorídeo ha crecido. Dominada por esta apetencia, irrumpe en ella de inmediato un odio reivindicativo respecto de su madre, esa madre a la que considera responsable de haberla hecho mujer y de no haber sabido protegerla garantizándole la permanencia de una fuerza fálica.”
(Nasio, 1996)

En el fantasma histérico, la amenaza de castración entra por los ojos, y la angustia que de ella resulta, que es inconsciente pues está sometida a la represión, acaba por convertirse en sufrimiento de la vida sexual del histérico, consistente en una erotización general del cuerpo a la que se suma, paradójicamente, una inhibición localizada en el nivel de la zona genital.

2.4 La madre y el hijo-falo

“El Falo es el cuerpo infantil, el que puede colmar la falta en la madre, antes de ser tachado por la castración. Lo faltante en el cuerpo está en el campo del Otro y es allí donde ha de ser buscado”

Comenzamos exponiendo lo que plantea Lacan (1956) en su seminario “La relación de objeto”, cuando dice: *“el objeto se presenta de entrada en una búsqueda del objeto perdido. El objeto es siempre el objeto vuelto a encontrar, objeto implicado de por sí en una búsqueda, opuesto de la forma más categórica a la noción del sujeto autónomo, conclusión a la que lleva la idea de objeto culminante.”*

Dirá Lacan (1956) en su seminario “La relación de objeto”, que *“Ya veremos [...] que no se debe de confundir falo con pene.”* En este punto, se trata de distinguir el pene, como órgano real, con funciones definibles por determinadas coordenadas reales, del falo en su función imaginaria.

De esta manera es como Lacan (1956) ubica dentro del registro de lo imaginario la castración del Complejo de Edipo de Freud; ya que dice que *“la castración sólo puede clasificarse en la categoría de la deuda simbólica”*.

Continúa explicando Lacan (1994), que *“donde más claro está es en la castración. Lo que falta, en la castración constituida como está por la deuda simbólica, ese algo que sanciona la ley y le da su soporte, y su inverso, el castigo, evidentemente no es en nuestra experiencia analítica un objeto real”*

“El objeto es imaginario. La castración en cuestión lo es siempre de un objeto imaginario.” (Lacan, 1956)

Lo anterior se explica de la siguiente manera, para Lacan (1994), existen dos objetos, uno objeto de la frustración que se ubica dentro del registro de lo real, que en su carácter real, es el niño; y el otro, el objeto de la privación, que siempre es un objeto simbólico, el falo; y existe también para Lacan, una tercer noción, que denomino “agente”, el cual específicamente es la madre.

Este recorrido es necesario para poder articular la posición de la madre en torno a ese hijo-falo, recorrido indispensable para poder articular la posición que asume la madre ante esa falta y como lo compensa con ese hijo, para cubrir la falta simbólica.

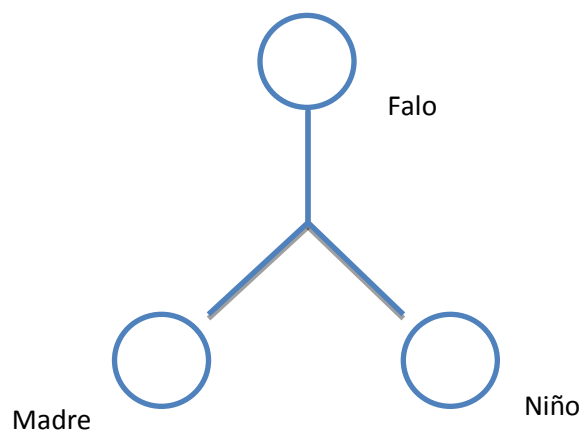
Dirá Lacan (1956) que *“podríamos decir que la niña ha situado el falo en mayor o menor medida, o se ha acercado a él, en el imaginario donde está inmersa, en el más allá de la madre, mediante el descubrimiento progresivo que hace de la profunda satisfacción experimentada por la madre en la relación madre-hijo.”*

Continúa explicando: *“la cuestión es entonces en su caso el deslizamiento de este falo imaginario a lo real. Esto es sin duda lo que Freud nos explica cuándo habla de esa nostalgia del falo originario que empieza a producirse en la pequeña a nivel imaginario, en la referencia especular al semejante, otra niña u otro niño –y nos dice que el hijo será el sustituto del falo.”*

De esta manera es como la niña entra en el Edipo, y dirá Lacan (1994), que *“he aquí por qué razón, si la niña entre en el Edipo, nos dice Freud, lo hace por su relación con el falo, y como pueden ver de una forma simple. Luego, el falo sólo tendrá que deslizarse de lo imaginario a lo real por una especie de equivalencia.”*

Lo explica Lacan (1956) a de talle:

“El padre es para ella de entrada objeto de su amor, es decir, objeto del sentimiento dirigido al elemento de falta en el objeto, porque a través de esta falta es como se ha visto conducida hasta ese objeto que es el padre. Este objeto de amor se convierte luego en dador del objeto de satisfacción, el objeto de la relación natural del alumbramiento. Luego, solo requiere un poco de paciencia para que el padre sea sustituido al fin por alguien que desempeñará exactamente el mismo papel, el papel de un padre, dándole efectivamente un hijo.”



El niño se encuentra en una relación completa con su madre e intenta identificarse no con la persona, sino con lo que supone es el objeto de deseo de la madre. Esta es una identificación imaginaria. El niño quiere ser el objeto de deseo de la madre y entonces su deseo queda así alienado al deseo del Otro. Al objeto de deseo de la madre, Lacan lo llama falo. Dice Lacan (1957): *“para gustarle a la madre [...] basta y es suficiente con ser el falo”*. La madre castrada, se siente completa a través del hijo y por eso lo ubica en el lugar del falo. Se arma entonces un círculo completo, donde la falta no existe. El niño es el falo de la madre y la madre dicta la ley que es la del deseo del hijo.

Diremos entonces, que el niño inicia su camino en el mundo gracias a que la madre lo acoge en su deseo de falo, y en virtud de ello él encontrará un lugar en el mundo. Para ella, tener un hijo implicará la posibilidad de intentar colmar la falta y de jugársela por aquella posición que como mujer asumió en la salida de su propio Edipo. Para el niño, este mismo lugar implica ubicarse en el lugar del objeto que él representa para la madre en tanto es para ella el objeto del deseo y recibir desde allí, aunque inicialmente no lo sepa, *“el mensaje en bruto del deseo de la madre”* (Lacan 1958), a saber, el lugar de falo.

Por esto se puede decir que el falo es el lugar que le corresponde al niño incluso antes de nacer, pues él es sustituto de lo esperado del padre, y por ello llega a ocupar un lugar en el deseo de la madre. El niño es, en cierta medida, el falo esperado, es un *“real [que] simboliza la imagen. Más precisamente, el niño como real ocupa para la madre la función simbólica de su necesidad imaginaria”* (Lacan, 1958); es este falo lo que le permitirá creer por un instante que él es lo deseado.

Este hijo, entonces, es un real que simboliza la imagen, puesto que ese nuevo ser que le brinda a la mujer la posibilidad de ser madre es necesariamente alguien real que, como parte del mundo, llora, come y duerme; alguien que es importante para ella en su condición imaginaria, en tanto es esperado con anhelo por ella, y por eso recibe, cada vez que llora, come o duerme, un sentido que lo humaniza.

Dirá Silvia E. Tendlarz (2001) en su artículo “Recorrido del falo en...”, que *“el niño desea ser el falo de la madre –significación que positivista al falo- al mismo tiempo que queda regido por el falo como significante del deseo de la madre”*.

El hijo, al hacer parte del deseo de esa mujer, queda inscrito en el mundo significante que lo antecede. Para ello es indispensable que la madre sea un sujeto, alguien que desee y que, por lo tanto, no responda siempre y en todo momento a la demanda del hijo; que sea arbitraria o, lo que es lo mismo, que sea un poco caprichosa. En este sentido, el falo tiene por fundamento el hecho de que la madre *“es deseante, [...] simplemente deseante, es decir, que algo hace mella en su potencia”* (Lacan, 1958).

Esta falta estructural en la madre posibilita *“que el niño se incluya a sí mismo en la relación como objeto de amor de la madre. [Si la madre no deseara, el niño nunca se enteraría] [...] de que aporta placer a la madre”* (Lacan, 1957). De esta forma descubre que existe una posible respuesta a eso que la madre desea. El niño capta en él mismo dicha imagen fálica y juega a ser y no ser el falo de su madre. Juega a satisfacer a la madre.

“Falizar un hijo significa la *cesión* de libido narcisista, una transferencia de narcisismo de mucha magnitud, un verdadero cambio en el destino del narcisismo.” (Rodulfo, 1996)

2.5 El hijo discapacitado y el derrumbe de lo imaginario

El nacimiento de un hijo suscita una serie de vivencias cargadas de los más variados sentimientos en los padres, como lo expone Federico E. Padilla (2000) en su texto “Discapacidad y Psicoanálisis: El nacimiento...” cuando dice: *“el lugar es un espacio, espacio posible por una falta, falta que permite la existencia de un deseo; y allí se manifiesta la concepción del bebé deseado, fantaseado de los padres, como preexistente antes de la fecundación, un lugar atravesado por deseos, fantasmas, la historicidad, significantes que constituyen el sedimento*

simbólico de aquel real que logrará articularse para existir, ocupando ese espacio constituyente”.

Sin embargo, se habla hasta este punto de un hijo “sano”, del nacimiento de un ser “completo”, sin ninguna afectación biológica para poderse situar en el plano imaginario de los padres, lo explica Federico E. Padilla (2000) en su texto “Discapacidad y Psicoanálisis: El nacimiento...”, cuando dice *“ esto habla del lugar que va a ocupar el sujeto, siempre en relación al otro, a su lectura, existe entonces siempre un desfase entre el niño fantaseado, ideal y el niño real. Este desfase despierta angustias, temores y reproches pero también, en su equilibrio, es lo que permite la subjetividad, es allí donde la oscilación y la no coincidencia del ideal hace al sujeto, a la particularidad, y es también donde opera la ley del padre, es el corte que permite que el deseo de la madre en relación a su hijo no se manifieste como voracidad, como la aniquilación de un posible sujeto.”*

Pero que sucede cuando al nacimiento de un hijo le suscita una afectación biológica, una discapacidad, cómo opera la subjetividad, cómo se articula el deseo de los padres y del hijo en tanto suceso real, que se circunscribe en el plano de lo imaginario en tanto ideal; Federico E. Padilla (2000) lo explica en su texto “Discapacidad y Psicoanálisis: El nacimiento...”: cuando dice *“pero qué sucede cuando la red simbólica atrapante, no tanto por lo atrayente y atractivo, sino más bien por lo que atrapa, que se constituye por el deseo de los padres pero también por un discurso histórico, médico, cultural, que marca los límites de la “normalidad” y lo patológico, se encuentra con un organismo marcado por lo real (como deficiencias neurológicas, genéticas o malformaciones). El desfase entre el niño fantaseado y el real es mayor, a tal punto de caerse de la escena, no existen puntos de sujeción que sostengan al niño al deseo de los padres.”*

“La red simbólica que albergaría al niño lo expulsa a otra dimensión simbólica, ahora sí, como traducción de lo normal a lo anormal, este otro lugar es la discapacidad, en donde casi todo es predecible, con una historia de exclusión y

una eterna disfuncionalidad que aniquila los planes de un “hijo sano”; el futuro del niño en lo imaginario de los padres se derrumba.” (Padilla, 2000)

La relación de la madre-hijo, ahora se convierte en una suerte de “arnés subjetivo”, el niño real, es ahora un remanente de ese deseo de los padres, Federico E. Padilla (2000) en su texto “Discapacidad y Psicoanálisis: El nacimiento...”, lo explica: *“hablamos de la caída del sujeto de la escena por no encontrar lugar posible en el deseo de los padres, queda entonces como resto, pero no siempre surge un rechazo. Puede devenir un deseo de “re-guardarlo”, una regresión prenatal, de lo real a lo real, como parte de la madre, convirtiéndose en un organismo dependiente, se adueña de su objeto, lo des-subjetiviza, y todo su entorno queda marcado como un circundante persecutorio.”*

Continúa explicando: *“así se produce una fragmentación del cuerpo, allí donde ya no existe, ahora el niño es una boca, un ano, un par de ojos... para alimentar, higienizar y ser objeto de cuidado. No hay separación sino que se suspende la constitución en la alienación al punto de fundición en un solo cuerpo, el de la madre. Allí la ley del padre no tiene lugar, no hay línea punteada para realizar el corte, cualquier intento de separación es vivido como amputación. Al quedar por fuera del cuerpo de la madre es vivido como desgarró de su propio ser, ella experimenta el sentimiento de perder algo de su cuerpo, que es vital.” (Padilla, 2000)*

En esta captura total del organismo es obturada cualquier posibilidad de subjetividad, podríamos hablar entonces de un proceso de “autosimilaridad” en las manifestaciones del niño, en sus síntomas e inhibiciones, con la marca de la estructura materna. (Padilla, 2000)

La autosimilaridad, lo explica Federico E. Padilla (2000), en su texto “Discapacidad y Psicoanálisis: El nacimiento...”: *“es la repetición de las características de una estructura, en donde “cada parte que lo constituye es igual al todo” y ahora el niño*

como órgano de la madre, como parte de ella, refleja los temores y frustraciones de la madre.”

La palabra dirige al objeto capturado y se alinea a la lógica del ser hablado y actuado por ella. Cualquier modificación en la manifestación habitual por parte del niño, como el progreso de un análisis, la adquisición de una mayor autonomía o alguna acción tendiente a su individuación es vivida como destrucción de la estructura materna, debido a que su objeto-hijo parte de ella misma hace caer ahora a su madre de la escena. La angustia en la madre surge debido a la aparición del niño, momento crucial en el nacimiento de un posible sujeto, como independiente de ella, pero es habitual que la madre en este momento decisivo sabotee el proceso. (Padilla, 2000)

CAPITULO 3

METODOLOGIA Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Metodología

La intervención psicoanalítica se encuadra dentro del paradigma de la investigación cualitativa. El enfoque cualitativo rechaza la pretensión de cuantificar toda la realidad humana, consciente de la irrelevancia de la cuantificación y se enfoca al contexto del individuo, a la función y el significado de los actos humanos: la cualidad es la diferencia.

La investigación cualitativa se orienta a describir e interpretar los fenómenos sociales. Se interesa por el estudio de los significados e intenciones de las acciones humanas desde la perspectiva de los propios agentes sociales. Se sirve de las palabras, las acciones y de los documentos orales y escritos para estudiar las situaciones sociales. Intenta penetrar en el interior de las personas y entenderlas desde adentro.

Entiende que la verdad y el conocimiento son creados y no descubiertos; enfatiza el carácter plural y práctico de la verdad; adopta como criterios de validez la triangulación y la constatación intersubjetiva. El estudio de caso estudia a profundidad, se orienta a la comprensión profunda de la realidad singular del individuo, la familia, el grupo, la institución social o la comunidad. Su potencialidad radica en que permite centrarse en un caso concreto o situación e identificarse los distintos procesos interactivos que lo conforman.

3.2 El modelo psicoanalítico

Se sustenta en la concepción del sujeto psíquico escindido, es decir, sujeto del inconsciente y tiene su propio dispositivo de investigación.

3.2.1 Dispositivo Psicoanalítico

- **La Asociación libre:** el método que consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a

partir de un elemento dado, ya sea de forma espontánea. (Laplanche, 1967, p.35)

- **La atención flotante:** Manera como, según Freud, el analista debe escuchar al analizado: no debe, a priori, conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, lo cual implica que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Esta recomendación técnica constituye la contrapartida de la regla de la libre asociación que se le propone al analizado. (Laplanche, 1967, p.37)
- **Neutralidad:** Una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. El analista debe ser neutral, en cuanto a los valores religiosos, morales y sociales, es decir, no dirigir la cura en función de un ideal cualquiera y abstenerse de todo consejo; se expresa por la fórmula de “no entrar en el juego del paciente”; por último, neutral en cuanto al discurso del analizado, es decir, no conceder a priori una importancia preferente, en virtud de prejuicios teóricos, a un determinado fragmento o a un determinado tipo de significaciones. (Laplanche, 1967, p.256)
- **Abstinencia:** Principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones substitutivas de sus síntomas. Para el analista, ello implica la norma de no satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle. El principio de la abstinencia, puede, en algunos casos y en ciertos momentos de la cura, concretarse en consignas relativas a los comportamientos repetitivos del paciente que entorpecen la labor de rememoración y elaboración.

3.2.2 Encuadre psicoanalítico

Se encuadró con la paciente, una vez a la semana, acudiendo los días miércoles a las 5:00 pm. Las sesiones tenían una duración de 45 minutos. Posición cara a cara, dentro de las instalaciones de la Unidad de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, con un costo por sesión de \$40.00 pesos.

3.2.3 Proceso analítico

- **Transferencia:** Vehículo para la clínica psicoanalítica que surge de la vinculación afectiva de una representación a otra en dentro de la relación analítica. Una repetición de lo infantil en la actualidad.
- **Resistencia:** Todo aquello que se opone al acceso del inconsciente, aquello que se presentan contra la presencia de actos y palabras que saldrían en asociación libre.
- **Elaboración:** Será el trabajo que realice el aparato psíquico para establecer las conexiones asociativas producidas en el psiquismo.
- **Intervención:** Procedimiento por el cual, el analista da a conocer al analizado aquello que aparece en el mismo discurso del paciente y es guiado por la atención libremente flotante del analista.

Los procesos que permitieron el establecimiento de la intervención clínica en el presente caso, fueron el establecimiento de la transferencia positiva, y en ciertas sesiones negativa, la asociación libre, así como las intervenciones, por medio de señalamientos e interpretaciones en momentos adecuados, tomando en cuenta el “timing” y ritmo propio de la paciente y su discurso; dicha intervención clínica se suscitó dentro del encuadre, siendo, una sesión una vez a la semana.

3.2.4 Instrumentos para recabar información

Dentro de la terapia psicoanalítica los instrumentos utilizados son, principalmente, el discurso del paciente, donde por medio de la asociación libre accedemos al inconsciente, distinguiendo en su discurso el contenido manifiesto y el contenido latente.

Para la supervisión y seguimiento dentro de la Unidad de Servicios Psicológicos, también fueron utilizados ficha de identificación y viñetas clínicas, siendo las supervisiones de una vez por semana.

3.2.5 Instrumentos de concientización

Dentro de la modelo psicoanalítico, en el proceso terapéutico, se utilizan los siguientes instrumentos para hacer consciente aspectos desconocidos del discurso y problemática del sujeto, siendo:

- **La interpretación:** Es la deducción, por medio de la investigación analítica, del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento de un sujeto. La interpretación saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, al deseo que se formula en toda producción del inconsciente. En la cura, es la comunicación hecha al sujeto con miras a hacerle accesible este sentido latente, según las reglas impuestas por la dirección y la evolución de la cura. (Laplanche, 1967, p.201)
- **Señalamientos:** Con el fin de esclarecer algo que no queda claro en el discurso del paciente.
- **Confrontación:** Como lo señala el término, apunta a confrontar una situación con otra, un sentimiento con otro, etc.

- **Construcción:** Término propuesto por Freud para designar una elaboración del análisis más extensa y más distante del material que la interpretación, y destinada esencialmente a reconstituir en sus aspectos reales como fantaseados una parte de la historia infantil del sujeto. (Laplanche, 1967, p.80)

CAPITULO 4

ESTUDIO DE CASO

4.1 Historial Clínico

El objetivo del historial clínico es brindar al lector una aproximación al Caso Clínico en cuestión, para esto, expondremos las características generales de la paciente; sin embargo se mantendrá, por ética, la confidencialidad, sin revelar nombres o datos específicos, los cuales pudieran poner el riesgo la integridad de la paciente.

Así mismo, describiremos un poco acerca del transcurso y la evolución del tratamiento.

4.1.1 Resumen General del Caso Clínico

La paciente **D.** es una mujer de 34 años de edad, casada, la cual se dedica a ser ama de casa a pesar de tener una licenciatura en nutrición; tiene 2 hijos, uno de 5 años y el otro de 8 años, ambos varones. Refiere que solo se dedica al hogar y a cuidar de sus hijos, mientras que el esposo, médico de profesión, trabaja en el IMSS siendo quien aporta los recursos económicos en la familia.

En lo referente a su familia de ascendencia, la paciente es la menor de tres hermanas; siendo las hermanas gemelas, las cuales viven en Baja California Norte, teniendo cada una su familia. La madre de la paciente también vive en la ciudad de Baja California Norte, de profesión maestra, estando actualmente jubilada; por otro lado, el padre de la paciente vive con la madre, pero **D.** refiere que no culminó sus estudios, dedicándose a reparar coches de manera informal.

La paciente **D.** comenta que ya había estado llevando terapia psicológica, que había estado con dos terapeutas mujeres en la Unidad de Servicios Psicológicos, y que el objetivo de las terapias era ayudarle a tener pensamientos positivos; sin embargo en ambos casos, las terapias se vieron interrumpidas debido a que las terapeutas concluían sus estudios por lo que no continuaban con el caso y la referían.

La paciente desde las primeras sesiones menciona que sus malestares e inquietudes le generan tener pensamientos negativos los cuales afectan sus relaciones, con sus hijos, esposo y familia, tanto la de ascendencia, así como con la familia política. De igual manera, habla de su malestar en relación a no estar a gusto con lo que tiene, además de que se siente sola ya que nadie de su familia vive en la ciudad de Monterrey, pero que a pesar de eso, va de visita pocas veces a Baja California Norte, pero solo en vacaciones de verano; sin embargo refiere que cuando esta allá, se quiere regresar porque su mamá se la pasa molestándola, regañándola y llamándole la atención por la forma en que cuida y regaña a los niños.

Tiene dos hermanas gemelas, mayores que ella, no convive mucho con ellas, y menciona que tampoco lo hacía cuando era niña; ellas jugaba solas y no la querían integrar, por lo que se sentía sola, y además que sucedía lo mismo con sus papas, ya que su mamá se la pasaba trabajando y el papá en casa, pero aun así no le prestaba atención, por lo que ubica que en su infancia ella se sentía como una *“estatua, que no se podía mover ni estar cerca de nadie, como desvalida”*.

En relación a estas asociaciones, recuerda un **primer sueño** en donde ella se encontraba en la sala de su casa, y que alrededor de ella estaban personas, entre ellas su mamá y sus hermanas, las cuales aparecían como si estuvieran rezando, y delante de ella estaba una especie de mesa donde había velas, y que a un lado suyo alguien la tomaba de la mano y ambos se encontraban hincados, este sueño menciona ella que no le gusto y que la hacía sentir mal, ya que sentía como si eso fuera como un rito satánico, y que ella iba a ser sacrificada.

En otro momento hablo de su soledad en esta ciudad, debido a la falta de su familia, y además relaciono esto con una pelea que tuvo con la familia de su esposo, en la cual ella salió peleada con las hermanas del mismo. Menciona que sucedió mientras se encontraban en una fiesta, y que todos estaban bebiendo cerveza, y que de pronto ella sintió que la hermana mayor del esposo le decía cosas insinuando que ella, como esposa, no se hacía cargo de su marido, por lo

que de ahí ella se defendió y le grito a la hermana, menciona que las cosas se salieron de control y que toda la familia se le echo encima, y que no la bajaban de pendeja, cosa que hizo que se molestará más y tomara a sus hijos y se fuera de la fiesta.

Otra cosa, que menciona que la molesto, fue el ver que su esposo no hacía nada, mientras todo eso sucedía, que se quedaba callado y no la defendía de las hermanas quienes la atacaban; y sobre todo, que la trato de tranquilizar a ella y hacerle ver que estaban tomados, cosa que la enfureció más. Desde ese acontecimiento ella no puede ver ni hablar con la familia del esposo, ya que dice que no tiene sentido, que después van a empezar a hablar a sus espaldas, y que para eso, mejor se queda sola con sus hijos en su casa.

Otra situación que hace que se moleste, es el ver que la familia del esposo a raíz de eso, no la busquen, ni a ella y ni al esposo, solo a los niños, y entonces, es por eso que ella prohíbe que vean a sus hijos, diciendo que por qué solo les interesan sus hijos, y más específicamente uno, el menor, el que se parece a su esposo.

El tema de sus hijos es muy importante en esta paciente, ya que durante las sesiones, la paciente **D.** menciona que, sufrió mucho para embarazarse, que antes de tener a su hijo mayor paso por un aborto, en donde los médicos le comentaron que ella podía tener dificultades al procrear hijos en lo subsecuente, *“ya que sus órganos femeninos no funcionaban del todo bien, pudiendo esta atrofiados”*; ese comentario hizo que ella sufriera, lo comenta así, y además, hizo que se sintiera mal consigo misma por no poderle dar hijos a su esposo.

Sin embargo comenta la paciente **D.** que a pesar de ese diagnóstico médico, ella todavía albergaba la posibilidad de que el culpable de no poder tener hijos fuera su esposo, por lo que lo obligó a que se fuera a realizar el conteo de espermatozoides y que checara si él no presentaba problemas en sus órganos masculinos, obteniendo resultados favorables. Posterior a un tiempo, comenta **D.**, intentaron otra vez tener un hijo, aquí no hubo complicaciones en los primeros meses de gestación, pero aun así, teniendo la experiencia del aborto pasado y

sabiendo el diagnóstico médico, este embarazo no fue monitoreado por un especialista, y menciona que quien la consultaba cuando presentaba algún malestar era el esposo.

Casi al término de la gestación, comenta, que aproximadamente a los 7 meses, acompañó al esposo a tirar la basura, ya que esa mañana no había pasado el camión recolector, por lo que tuvieron que ir a buscar un contenedor el cual estaba retirado, sin contar lo que iba a suceder prefirieron ir caminando; comenta que al regreso de tirar la basura, comenzó a sentir malestar, le dolían los pies y el vientre, por lo que al llegar a su casa, se recostó en su cama, la cual está en el segundo piso, mientras que el esposo recibía a un amigo médico, ginecólogo, el cual había llegado de visita.

Al comenzar a sentir más malestar y sentir que le salía líquido, comenta **D.**, quiso llamar a su esposos, pero menciona que no lo hizo ya que no quería dejarlo avergonzado delante del colega, por lo que se aguantó, hasta que se retiró el médico visitante y ya no pudiendo más, fue cuando le llamo a su marido. Menciona que al recordar el suceso, le da mucho coraje, porque siente que su esposo no hizo lo que debía de hacer, y que cuando llegaron al hospital sentía que el esposo debía de haberse hecho cargo de la situación, que debió de haber ordenado a los doctores, colegas, que hicieran lo que debían de hacer y que además, debió haberles dicho muchas cosas, siente que debieron, se reconoce también ella ahí, preguntar muchas cosas o pedir que se hicieran las cosas más rápido para haber evitado que su hijo naciera con complicaciones médicas.

A raíz de este acontecimiento su hijo mayor, nació prematuro de 7 meses con un diagnóstico de Distrofia muscular, lo que significa que sus articulaciones son muy rígidas, lo que le impide moverse y caminar de manera normal. Siente al recordar estos hechos que debió de haber hecho más, pero que todo salió mal, porque se lo dejo al “pendejo” de su esposo, quien a pesar de ser médico no les dijo que hacer a los otros médicos “pendejos”.

Tiempo después, comenta **D.**, que nació su segundo hijo, pero menciona que en este embarazo tuvieron muchos cuidados y que siempre estuvo monitoreado por un médico ajeno, y que ya no dejó que su esposo la consultara, porque ambos tenían miedo de pasar por lo mismo que su primer hijo Adrián, y además que ya no quería batallar como lo hace con esté; es así, que su segundo hijo, de nombre Camilo, nace sin ningún tipo de complicaciones y sin ningún tipo de desorden orgánico o anatómico.

La paciente **D.**, siente una preocupación muy grande por su hijo mayor, ya que menciona que cuando van a fiestas o incluso estando en la casa, ella observa que Adrián batalla mucho para ponerse de pie o de desplazarse de un lugar a otro, y que además, le desespera que no pueda hacer las cosas, que no pueda valerse por sí mismo; siente además, que las personas cuando ven en la calle o en las fiestas a Adrián se burlan de él, menciona que ella piensa que es como si dijeran mira pobre niño no puede caminar, usa un andador y su mamá lo tiene que andar ayudando y diciendo que se esfuerce por caminar.

Respecto de este hecho anterior, comenta que le molesta mucho que su esposo cuando salen a dichas fiestas no se acomode a ayudarla, y que todo el tiempo se la pasa con Camilo, que no es para ayudar a Adrián, dice: *“ahí lo ve que está batallando para pararse y no hace nada, nomás se le queda viendo como pendejo, y yo pues me enoja, es que me da coraje que si ve que no puede, no se pare a ayudarlo, ahí lo deja que todas las demás personas lo vean como batalla para caminar y les provoquen lastima”*. Menciona que por tal motivo ella comenzó a dejar de salir e ir a fiestas, que porque nada más era un batallar con que sube a Adrián al coche, bájalo, sube su andadera, bájala, cárgalo si hay escaleras, súbelo de nuevo, todo es lo mismo, menciona que eso ya la tiene harta, y aparte ver que el “pendejo” de su marido no mueve ni un dedo para ayudarla.

Al hablar en relación a su dinámica en casa, la paciente **D.**, refiere que en la casa sucede lo mismo, ya que dice que no puede tener tiempo para ella, ya que todo el tiempo tiene que estar pendiente de sus hijos, que no le hagan tiradero, que no se acerquen cuando está cocinando, menciona que en un principio era estar al

pendiente de Adrián de que no se fuera a caer de las escaleras, que agarrara bien la cuchara y que hiciera la tarea; pero ahora, es también con Camilo, es un “desmadre” dice, no sé qué hacer con los dos, aparte me da cosa que Camilo si está bien de salud y el otro no, y ahí anda desesperado porque quiere hacer lo mismo que Camilo y pues no puede y eso me desespera, quisiera que dejara ese andador y que caminara.

En relación a estas asociaciones comenta **un segundo sueño**, en donde ella se encuentra en su casa sentada en el sillón de la sala, y menciona que antes de eso, ella había platicado con una amiga, la cual le había dicho que no se preocupara que su hijo le iba a dar una sorpresa; y en su sueño al estar sentada, escucha que detrás de ella Adrián le llama, pero que ella no podía moverse, estaba paralizada, y que después de lograr voltear, ve como su hijo Adrián comienza a pararse ayudándose de la pared hasta ponerse en sus dos pies, para posteriormente acercarse hasta ella caminando, lo que hace que se sienta muy feliz, aunque ella no se pueda mover.

A raíz de este sueño menciona que se siente muy mal por su hijo, y además, que en ocasiones tiene problemas con las “pinches maestras”, ya que comenta que a veces le llaman para decirle que a su hijo le deben de ayudar en el salón de clases, y que debe de ser ella precisamente, ya que es ella quien tiene que ir a salón a sentar a su hijo, enseñarle que vaya al baño y que haga las actividades; dice que eso la molesta ya que para eso están las maestras; y además, lo que la hace sentir más molesta es que siente que le dicen las cosas como si ella no supiera, siente que cuando le dicen eso es como si los demás pensaran que no sabe como tratar o cuidar a su propio hijo, comenta que a poco sólo ellas saben qué hacer y qué no hacer con su hijo, y además la hacen sentir como si la estuvieran regañando sin darse cuenta de que ella ha hecho mucho por Adrián.

La paciente **D.**, comenta que en ocasiones ha querido “*explotar en contra de todas esas pinches viejas*”, poder decirles sus verdades y hacerles ver que Adrián es capaz de muchas cosas, porque en ocasiones siente que lo hacen menos, como si lo despreciaran; menciona también que quisiera echarles en cara que ha tenido

muchos avances pero pues no lo hace, quizá porque ella misma ve que Adrián aún batalla mucho para valerse por sí mismo; le molesta que tiene que bajarlo enfrente del colegio, ya que le da cosa que las demás personas los vean, y que es por esa razón que mejor se estaciona lejos, y así nadie lo ve bajarse del coche, y como usa el andador.

Menciona **D.**, que quisiera cambiar a su hijo de colegio ya que en ese siente que todos ven a Adrián como al niño “*invalido*”, y que las maestras se la pasan ignorándolo y burlándose de él y de ella también. Al relatar esta situación, menciona que su otro hijo, Camilo no asiste al mismo colegio al que asiste Adrián; Camilo asiste a un colegio privado y Adrián acude a una escuela pública, mencionando que de esa manera es menos gasto, y que pues ella pensaba que en el colegio lo iban a discriminar más a Adrián, pero ve que en la escuela pública son las maestras las que lo excluyen, y no se hacen responsables.

Menciona **D.**, que por dicha situación ella quisiera trabajar, para poder salirse como lo hace su esposo, el cual se la pasa la mayoría del tiempo fuera de casa, y que cuando llega solo quiere descansar, cosa que a ella le molesta porque siente que no la ayuda con sus hijos y que además en ocasiones le tiene que exigir casi que juegue con los niños, pero lo que hace es que solo los acuesta con él a ver la tele, cosa que la desespera más porque siente que no hacen nada, que estando así no van a mejorar, en especial Adrián.

Lo anterior, refiere **D.**, hace que tenga discusiones con su esposo, las cuales tienen que ver con que ella quiere ahora salir a trabajar y que él se quede en casa a cuidar a sus hijos, para que vea lo que se siente, la joda que ella se lleva, que no es solo de ser mamá, ya que es una chinga, el estar viendo que Adrián no puede caminar, es una impotencia muy grande, ver que tu hijo no puede hacer las cosas por si solo y que toda la vida va a depender de uno; menciona que estas discusiones en una ocasión la llevaron a buscar un trabajo en un consultorio brindando atención nutricional; comenta que al trabajar se sentía muy bien, el estar frente a sus pacientes la hacía sentir más tranquila y dejar de pensar en su casa y en sus hijos.

Posterior a eso, refiere **D.**, que un día no encontró donde dejar a sus hijos por lo que lo llevo a la clínica, en otras ocasiones ya los había llevado y la recepcionista lo había estado cuidando, pero que en esta ocasión la recepcionista, dice ella, que sintió que la había visto como una persona muy conchuda y muy confianzuda por dejarle a su hijo ahí mientras ella consultaba; por lo que en esta ocasión que lo llevo con ella, lo dejo en el coche, menciona que lo estaciono lo más cerca que pudo de la clínica y que le dejo un vidrio abajo, solo para que entrara el aire, ya que hacía mucho calor, menciona que no se tardó mucho, que no se tardó con los pacientes, y que pues aparte le había dicho a la recepcionista que le echara un ojo, para que ella pudiera consultar a gusto.

En otra ocasión la paciente **D.** menciona que tiene dificultades con su esposo relacionadas con la sexualidad, dice que ya no se siente atraída por él, que no la satisface sexualmente, que cuando tienen relaciones él sólo termina y que ella no, que se queda con las ganas y que eso hace que se moleste y que se enoje con él por no esperar a que ella también tenga un orgasmo dice. A raíz de eso, ha dejado de tener relaciones con su esposo, llegando actualmente a no dormir juntos, ya que ella lo corrió de la cama al sofá de la sala. Comenta que necesita que la satisfagan, que la cuiden, la apapachen como mujer, cosa que el marido no hace, menciona.

A través de estas asociaciones dice que se arrepiente de haberse casado con su esposo, que lo hizo a lo mejor porque lo que buscaba era salirse de su casa, para no estar aguantando a su mamá; que porque a quien ella realmente quería era a un ex novio el cual si la satisfacía, menciona que él fue al único a quien ha amado, y que pues en ocasiones piensa en él, y pues le hubiera gustado estar con él, pero reconoce que no le hubiera dado económicamente lo que le da el esposo.

Además, comenta que en ocasiones la gente o los conocidos le caen gordos, ya que cuando ella se queja de su esposo, todos le dicen que por qué hace eso porque su esposo es muy bueno, le da todo, le tienen todo, cosa que la hace molestarse, y pensar que esa gente no sabe de sus problemas, que quizá ellos no tengan problemas como los de ella; lo anterior, le hace asociar que en ocasiones

cuando entra al Facebook a platicar con sus amigas, les cuenta cómo se siente, y observa que nadie de ellas tiene los mismo problemas que ella, siente que todos están *“con madre”*, dice, y además, que todo saben resolver sus propios problemas, que *“todos tienen hijos sanos y felices, y que ella pues tiene que pagar algo, siente que es como si Dios la estuviera castigando con ese hijo discapacitado y ese esposo que no la satisface en nada”*.

Al hablar de sus padres, menciona que cuando era niña siempre se sentía sola, y ahora siendo adulta también, ya que en ocasiones cuando la familia le llama, refiere que solo lo hacen para ver cómo están los niños, que no hablan para ver cómo esta ella, eso la molesta y hace que se sienta más sola, en todos lados estoy sola, dice. Recuerda que cuando era niña siempre estuvo sola, recuerda que su madre nunca estuvo con ella, y su padre se la pasaba trabajando; su madre es maestra y todo el día estaba en la calle, y cuando llegaba a la casa, no le hacía caso, además menciona, que otra cosa que le molestaba era que su madre maltrataba a su padre y a ella, les gritaba, no los entendía y no les hacía caso.

Por medio de las asociaciones, recuerda que su madre siempre le decía una fresa, la cual la hacía sentir que no servía para nada o que no podía hacer ninguna cosa bien; comenta **D.** que siempre que se equivocaba en algo, le sucedía algún accidente o cometía algún error, su mamá le daba varios coscorriones en la frente de la cabeza mientras le decía: *“ay niña, tienes la cabeza de cocodrilo, dura, por eso no sabes hacer nada y no aprendes nada”*, refiere la paciente **D.** que cada vez que la mamá le hacía eso ella se sentía muy triste, y se quedaba varios minutos inmóvil llorando hasta que se pasaba dicha emoción.

Comenta también la paciente **D.**, que ella era más cercana a su papá cuando era niña, y recordó un suceso que le cambio la vida, y que hizo que se sintiera más sola, menciona que en cierta ocasión en que traspasaba un cajón de una cómoda de su mamá, encontró unas actas de nacimiento de ella y de sus hermanas, y que al verlas, observo que los apellidos de ella a los de sus hermanas eran diferentes, y que eso le llamo mucho la atención, y le pregunto a su mamá, la cual la regañó

por andar agarrando sus cosas; pero que posterior a eso la sentó en la mesa de la sala, diciéndole de forma enojada que *“tenían que confesarle algo”*.

Recuerda que todos se sentaron a la mesa de la sala, pero que ella estaba sentada sola de un lado, y todos los demás del otro lado, recuerda que se sintió como si la estuvieran regañando, fue el día más terrible de su vida, tenía mucho miedo, se sentía sola y sentía, además, que no podía ni debía moverse, estaba paralizada; su madre fue la que le explico que ella era hija de su mamá y de su papá, pero que las hermanas eran hijas de diferente papá, menciona que al escuchar eso comenzó a ver distinto a sus hermanas, imaginaba que el papá de sus hermanas era alguien importante, y a su papá lo comenzó a percibir como si estuviera muy triste, incluso comenta que sentía lastima por él, por lo que se la pasaba más tiempo con él, pero que sin embargo éste no le hacía caso.

Al momento de recordar dicha escena, la paciente **D.**, siente como si estuviera atorada, como si el tiempo no pasara, y ella no se pudiera mover. Menciona también que cuando su hijo nació, sintió algo muy parecido, como si le hubieran cortado las piernas, como si la hubieran incapacitado para seguir con su vida, por lo que no sabe qué hacer.

4.1.2 Motivo de Consulta

La paciente acude a por primera vez a la clínica debido a que menciona: que siente que todo le sale mal, que siempre está pensando cosas negativas, y que siente que no es feliz, que de todo se harta y por todo se enoja. Manifiesta por medio de una enunciación su motivo de consulta: *““me siento como atrapada sin poder moverme”*.

4.1.3 Demanda de tratamiento

Una de las principales demandas del tratamiento era que ocupaba técnicas las cuales le ayudaran a dejar de tener pensamientos negativos, de dejar de sentir tanta lastima por ella misma, y que olvidara los errores que había cometido en su época de estudiante; de manera general la paciente buscaba tener el control, ya

que en ocasiones mencionaba que tenía ataques de pánico a causa de esos pensamientos negativos, los cuales quería erradicar de su cabeza.

Sin embargo en el plano de la fantasía, comenzaron a surgir demandas que se alejaban de esa primer demanda inicial, ya que solicitaba que el amor de su vida, en la época de la escuela regresara de pronto a su vida, cuando ella lograra estar bien consigo misma, además de que el estado de su hijo mayor discapacitado, de pronto desapareciera, que ella pudiera ser capaz de quererlo y dejar pasar todo lo malo que siente al verlo que no puede valerse por sí mismo.

Además, existían demandas, las cuales iban dirigidas a la personas del analista, en donde se le pedía que hablara con su esposo y se le dijera como alguien debía escucharla y de esa manera hacerla sentir bien consigo misma.

Otro aspecto importante y que se suscribe como una demanda, era que la paciente esperaba que asistiendo a sesiones se le harían olvidar sus problemas y que en la realidad su familia no viviera tan alejada de ella, su hijo pudiera superar su discapacidad, reconocer que ella no tenía problemas con su familia política, sino ellos no la querían, y sobre todo, esperaba que el acudir ahí le devolviera a ella y al esposo el deseo de ser papas, y sobre todo aprender a cómo ser buenos padres.

4.1.4 Sintomatología Actual

La paciente presentaba los siguientes síntomas, los cuales se enumeran de la siguiente manera, de acuerdo a un orden de prioridad según lo refiere el paciente, siendo:

- 1) Constantes pensamientos negativos
- 2) Falta completamente de deseo sexual
- 3) Intensos ataques de ansiedad
- 4) Sensaciones de agresión hacia su hijo mayor
- 5) Deseos incontrolables de mantener un orden y limpieza en casa
- 6) Olvidos recurrentes (de los hijos en el coche o en el colegio)
- 7) Irritabilidad hacia la figura de la madre

8) Sensación de no poderse mover

4.1.5 Impresión Diagnostica

De acuerdo al discurso de la paciente, los antecedentes, su sintomatología, y sobre todo en base a nuestras observaciones propias del análisis del caso, se considera que la impresión diagnostica es de un cuadro de *histeria de angustia con fuertes rasgos de carácter narcisistas*.

4.2 Estructura subjetiva

4.2.1 Contexto familiar

La paciente pertenece a una familia la cual está compuesta por su madre, su padre y sus hermanas gemelas; la familia es originaria de Baja California Norte. La dinámica familiar gira en torno a la madre, ya que es quien lleva el sustento económico de la familia, de igual manera es quien toma las decisiones, es quien lleva el rol de encargada de los asuntos familiares. El padre, por su parte, no tiene ningún rol significativo, ya que no aporta económicamente nada a la casa, y sobre todo no tiene voz ni voto en la familia; las hermanas gemelas, son las mayores, recibiendo toda la atención y cariño de la madre; por su parte la paciente, es la menor, percibiéndose como alejada de la dinámica familiar, de igual manera la hija no favorita de la madre, a quien se le exige y compara con las hermanas constantemente.

A la edad de 17 años, la paciente, a pesar de la negativa y sin el consentimiento de la madre, se muda a la ciudad de Monterrey, para estudiar la carrera de Nutrición, mudándose a vivir con una prima; al termino de su carrera la paciente comenta que su mamá no asistió a su graduación argumentando que esa decisión la había tomado ella sola, y que por tal motivo ella sola debía de hacer las cosas de ahora en adelante.

La relación actual que tiene con su familia es de distanciamiento, ya que solo le llaman para saber de los hijos, y no para preguntar acerca de cómo esta ella; de

igual manera cuando ella va de visita a casa de su mamá, a la ciudad de Baja California Norte, termina discutiendo y peleando con su madre, debido a que le llama la atención en cuanto a que no sabe cómo cuidar a sus hijos, y sobre todo le recrimina que haya tomado decisiones sin antes haberla consultado o pedido permiso.

La relación que lleva con su padre, es de distanciamiento, comenta que solo cuando va de visita a casa de su mama sabe de él, ya que desde que se mudo a Monterrey nunca volvió a saber de él, salvo por lo que le decía su mamá; comenta que su padre es una persona aislada y solitaria, que nunca opina o dice lo que piensa, y que cuando lo llega a decir, la mamá le llama la atención y lo calla.

4.2.2 Figuras significativas

- **Madre:** tiene un lugar significativo en su vida, la percibe como una madre inalcanzable, fálica y perseguidora, a quien no se le puede tener contenta o darle gusto de cómo ser buena hija, madre o esposa. Ubica en la figura de la madre el origen de sus problemas, ya que menciona que ella era quien desde niña la criticaba y siempre la comparaba con sus hermanas. De igual manera, observaba los tratos que su madre daba a su padre, a quien lo mantenía económicamente, ubicándola a ella como quien mandaba en su casa.
- **Padre:** la figura del padre siempre la percibió como cercana, era con quien podía tener un acercamiento mas afectivo, a diferencia de su madre. A su padre lo percibe como un hombre bueno y bondadoso; sin embargo siempre veía que si madre lo humillaba porque no trabajaba y era quien lo mantenía. Su padre no tenia voz ni voto en su casa, ya que todas las decisiones las tomaba su mamá, por lo que su padre nunca la regaña o le llamo la atención, se percibe como un padre castrado.
- **Esposo:** de profesión medico, sin embargo para la paciente se percibe como un hombre que no tiene la capacidad de decidir por sí mismo, sin autoridad, y

sobre todo lo describe como un “pendejo”; de igual manera, la paciente lo describe como un hombre que no la puede satisfacer sexualmente, y que tampoco sabe cómo cuidar a sus hijos, se percibe como una figura paterna castrada y sin autoridad.

- **Hijo mayor:** es junto a la madre, la figura más significativa, ya que debido a su discapacidad, lo percibe como una persona que inspira lastima, y que nunca va a poder valerse por sí mismo, es quien le despierta los sentimientos de angustia y desesperación, ya que piensa que las demás personas no le tienen consideración, y que nunca va a poder valerse por sí mismo.

4.2.3 Estructura Edípica

La estructuración Edípica de la paciente, se observa por medio de una imposibilidad de identificación con esa figura materna, ya que percibe a la madre como amenazante, inalcanzable y castrante; lo anterior, se observa dentro de su dinámica familiar, ya que percibe al padre disminuido, incapaz tomar decisiones o aportar algo; lo percibe como un padre castrado, un padre que se encuentra a merced igual que ella antes el deseo de la madre.

En la actualidad, esta estructuración Edípica, se repite en la relación que lleva ella con su esposo, percibiéndolo como un hombre incapaz de satisfacerla, y sobre todo como un hombre “pendejo” que no sabe tomar decisiones; de igual manera, en la figura de su hijo mayor, que tiene una discapacidad, esta estructura Edípica, toma una fuerza significativa en la actualidad, ya que despierta sensaciones antiguas que tiene que ver con su propio desvalimiento frente a un deseo inalcanzable o que no le permitían poder asumirse como una mujer completa y plena, y que tiene su origen en esa relación originaria propia: madre-hija.

4.2.4 Perfil subjetivo

4.2.4.1 Maneras de interacción

La forma en cómo ella se relaciona con los demás, sobre todo, con los hombres, es por medio de la seducción, busca mostrar que es una mujer atractiva e interesante; sobre todo buscando siempre que los hombres la compadezcan y se den cuenta que ella puede estar a su altura. Sin embargo, la forma en cómo se relaciona con las mujeres, es tendiente a buscar compararse en cuestiones de quien es mas femenina, comparándose incluso con sus amistades para ver si ellas tienen los mismos problemas que ella, siempre tiende a rivalizar con las mujeres, incluso se observa en cómo se relaciona con sus hermanas y cuñadas; tiende a buscar sobresalir más que las demás, y al momento de no poder lograrlo, tiende a culpar a los demás de sus problemas, en este caso a su esposo e hijos.

4.2.4.2 Rasgos de carácter

Se observa que presenta los siguientes rasgos de carácter:

- **Envidia:** hacia mujeres que pueden disfrutar de su sexualidad, ser buenas madres o ser femeninas.
- **Seductora:** al momento de querer mostrarse como una mujer atractiva e interesante ante todos los hombres
- **Dominante:** al momento de querer demostrar frente a los demás, que es capaz de realizar muchas cosas, y que quiere que los demás hagan lo que ella pide
- **Arrogancia:** al comentar que como deben de hacer las cosas los demás, incluso que las deberían de hacer como ella
- **Desprecio:** al momento de que observa en la figura de su esposo que no sabe cómo cuidar a sus hijos, y lo define como un “pendejo”
- **Prepotencia:** al momento que las relaciones, sobre todo con las demás mujeres, busca imponer su autoridad

4.2.4.3 Mecanismos de defensa

La desmentida es un mecanismo de defensa ante la angustia de la amenaza de castración y apunta a la percepción de la realidad externa. Dicho proceso defensivo no implica en este caso una anulación de la percepción sino más bien una acción sumamente enérgica para mantener renegada una percepción traumatizante para el yo.

Lo anterior se observa cuando la paciente, le cuesta reconocer la discapacidad de su hijo mayor, donde por medio de la desmentida, pretende defenderse de la angustia que eso le provoca; angustia que se ubica en un trauma temprano de su infancia, donde el vínculo madre-hija, genera una “herida narcisista”, la cual en el aquí y en el ahora con el nacimiento de su hijo, y por medio de la identificación surge nuevamente generando una serie de problemas que le cuesta trabajo reconocer y sobre todo asumir su propia castración.

4.3 Construcción de un caso

4.3.1 La relación con la madre onnipotente y la dificultad de asumir su propio deseo

Al hablar de sus padres, menciona que siempre sintió que su madre no la quería, que no era suficiente para ella, y ahora siendo adulta también siente lo mismo, ya que en ocasiones cuando la mamá le llama, refiere que solo lo hacen para ver cómo están los niños, que no habla para ver cómo está ella, eso la molesta y hace que se sienta más sola, en todos lados estoy sola, dice:

D: [...] pues de ella no tengo apoyo, siempre se la pasaba trabajando, desde que tengo memoria mi mamá ha preferido el trabajo que atenderme, todo el día estaba en la calle, y cuando llegaba a la casa, no me hacía caso, yo ahí iba toda contenta a recibirla y siempre me hacía a un lado o me decía que no estuviera “fregando” que llegaba muy cansada, además a los únicos que nos gritaba era a mí y a mi papá, de hecho ni comida hacía

Por medio de las asociaciones, recuerda que su madre siempre le decía una frase, la cual la hacía sentir que no servía para nada o que no podía hacer ninguna cosa bien; comenta que:

D: *recuerdo que siempre que me equivocaba en algo, o que me sucedía algún accidente, o porque me equivocaba en la tarea, (comienza a llorar) me pegaba en la cabeza con la mano extendida y me decía “ay niña, tienes la cabeza de cocodrilo, dura, por eso no sabes hacer nada y no aprendes nada”*

Analista: *¿cómo te hacía sentir eso?*

D: *pues muy triste, sentía que era la peor persona de todas, me daba mucho miedo, y recuerdo (comienza a llorar con más intensidad) que no me podía mover, cuando me pegaba en la cabeza y me decía esas cosas*

En relación a estas asociaciones, recuerda un sueño:

D: *no sé, estaba bien raro, estaba en la sala de mi casa, y alrededor había gente, yo no les veía la cara, y entre la gente estaba mi mamá y mis hermanas, se veían como si estuvieran rezando, enfrente de mi había como una mesa con velas prendidas, y al lado mío alguien estaba agarrándome la mano, y estábamos de rodillas, sentía mucho miedo, era como un rito satánico, como si fuera a ser sacrificada*

Analista: *¿cómo sabías que ibas a ser sacrificada?*

D: *sentía muy feo, solo sentía la mirada de mi mamá y mis hermanas, y todo mundo ahí esperando a que me sacrificará, sentía que no me querían ahí*

Posteriormente, **D.** en otra sesión, comenta que cuando entra al Facebook a platicar con sus amigas, les cuenta cómo se siente, y observa que nadie de ellas tiene los mismos problemas que ella, comenta:

D: todos están “con madre”, todos saben resolver sus propios problemas, *todos tienen hijos sanos y felices, y yo, tengo que pagar algo, siento como si Dios me estuviera castigando con ese hijo discapacitado y ese esposo que no la satisface en nada*”.

4.3.2 La inmovilidad, los remanentes del deseo insatisfecho

Al momento de realizar la primera entrevista, y entrar al cubículo se comenzó a realizar la intervención, siendo:

Analista: [...] *pues ya estamos acá, dígame ¿qué la trae por aquí?*

D: *ay, pues muchas cosas, no sé por dónde empezar, ¿a poco tengo que volver a contar todo lo que ya les había dicho a las psicólogas esas?*

Analista: *considero que es importante que sea Ud. quien me diga que es lo que le pasa, la escucho...*

Al momento de terminar dicha intervención, **D.** esbozo una sonrisa, e incluso manifestó signos de rubor, y sobre todo una sonrisa ligera, para posteriormente decir:

D: *bueno, voy a volver a contarle, nadamas porque me lo pidió de esa manera; siento que todo me sale mal, (al momento de comenzar a hablar manifiesta signos de llanto), no entiendo por qué todo el tiempo estoy pensando cosas negativas, no siento que sea feliz, aparte últimamente todo me harta y por todo me enoja, por mis hijos sobre todo, me siento como atrapada sin poder moverme.*

Posteriormente en otra sesión, **D.** comenta que tiene dos hermanas gemelas, mayores que ella, no convive mucho con ellas, y menciona que tampoco lo hacía cuando era niña; ellas jugaba solas y no la querían integrar, por lo que se sentía sola, y además que sucedía lo mismo con sus papas, ya que su mamá se la

pasaba trabajando y el papá en casa, pero aun así no le prestaba atención, por lo que ubica que en su infancia ella se sentía:

D: [...] si son mis hermanas, siempre estaban juntas, quizás porque eso dicen de los gemelos, que se entienden siempre, me acuerdo que ellas siempre jugaban juntas y a mí nunca me juntaban, me hacían sentir mal, como si yo no mereciera jugar con ellas, y lo que me enojaba era que mi mamá siempre las defendía de mí, porque me decían cosas y yo porqué me iba a dejar, cuando eso pasaba me sentía como una “estatua, que no se podía mover ni estar cerca de nadie, como desvalida”, parecía que era un mueble más.

El tema de sus hijos es muy importante en esta paciente, ya que durante las sesiones, la paciente **D.** menciona que sufrió mucho para embarazarse, que antes de tener a su hijo mayor paso por un aborto, en donde los médicos le comentaron que ella podía tener dificultades al procrear hijos en lo subsecuente.

D: [...] lo que me trae mal es mi hijo Adrián, nació con una enfermedad congénita, y eso hace que no sea un niño normal, es muy dependiente para todo lo tengo que ayudar, ya antes había estado embarazada pero “no se logró”, aborte a los 3 meses, los médicos me dijeron que al parecer mis órganos femeninos no funcionaban del todo bien, que a lo mejor los tenía atrofiados”

Posteriormente, **D.** comenta que a pesar de ese diagnóstico médico, ella todavía albergaba la posibilidad de que el culpable de no poder tener hijos fuera su esposo, por lo que lo obligó a que se fuera a realizar el conteo de espermatozoides y que checara si él no presentaba problemas en sus órganos masculinos, obteniendo resultados favorables.

D: [...] pues yo le pedí a mi marido que fuera a revisarse, porque a lo mejor el del problema era él como hombre

Analista: ¿a qué se refiere con que el del problema era él como hombre?

D: pues sí, que a lo mejor él tenía problemas con su sexualidad, con no poder darme un hijo, y por eso le dije al “pendejo” que se fuera a checar, porque yo sé

que son los hombres los que no pueden dar hijos, algo les falla, se les atrofia yo que sé, no sé cómo se diga pero él debía de ir al médico

Posterior a un tiempo, comenta **D**, intentaron otra vez tener un hijo, aquí no hubo complicaciones en los primeros meses de gestación, pero aun así, teniendo la experiencia del aborto pasado y sabiendo el diagnóstico médico, este embarazo no fue monitoreado por un especialista, y menciona que quien la consultaba cuando presentaba algún malestar era el esposo.

D: *[...] pues si ya me embarace, y todo iba bien, estaba muy contenta, le compraba ropa, y veía cosas de bebes y quería comprárselas o pensaba que cuando naciera le iba a acomodar el cuarto o cosas así*

Analista: *me da la impresión que se sentía contenta por saber que no había nada de malo con sus órganos, que no estaban atrofiados, y la sexualidad de su esposo, que por fin pudo darle un hijo*

D: *pues sí, pero no fue como esperábamos [...]*

Analista: *¿a qué se refiere con, no fue lo que esperábamos?*

D: *de no haber sido por esa noche en que lo acompañe a tirar unas bolsas de basura [...] como no había contenedor cerca caminamos lejos, y ya de regreso me sentía mal, con dolores en el vientre y mis piernas las sentía acalambradas, y me fui a recostar en mi cuarto, y en eso llego un amigo de mi esposo, y estuvieron platicando, pero yo cada vez me sentía más mal, y me empezó a salir sangre pero no me podía mover, y aparte no quería hablarle a mi esposo*

Analista: *¿habría algún motivo por no querer hablarle a su esposo?*

D: *siento que lo iba a humillar, porque el amigo era ginecólogo, y después iba a pensar que mi esposo no sabía lo que hacía, yo no podía moverme, aparte sentía mucho dolor, y me espere hasta que se fue su amigo y ya escuchando la puerta fue cuando le grite*

Posteriormente, en otra sesión, **D.** asocia la imposibilidad de moverse en un sueño que tuvo, siendo:

D: [...] la otra vez estaba platicando con una amiga, le estaba diciendo lo desesperante y frustrante que es cuidar y hacerse cargo de Adrián, que no me deja hacer nada, y la muy “estúpida” solo me dijo que “no te preocupes vas a ver que un día te va a dar una sorpresa”, o sea que le pasa, no sabe que lo que tiene Adrián es crónico y degenerativo, me cayó muy mal su comentario

Analista: ¿cómo es que ese comentario te cayó mal, a que te refieres?

D: pues que le pasa, hasta parecía que se estaba burlando de mí, yo sé lo que tiene mi hijo, y esta tipa me dice que no sé qué, que me va a dar una sorpresa, me dio mucho coraje, y esa noche soñé horrible, hasta desperté con ganas de llorar

Analista: ¿qué fue lo que soñaste?

D: pues no recuerdo bien, pero recuerdo que estaba en la sala de mi casa sentada en el sillón, y que detrás de mí, estaba Adrián, y que me llamaba, me decía “mamá, mamá voltea, mira veme”, pero que yo no me podía voltear, y eso me desesperaba mucho, y me seguía hablando “mamá, mamá, voltea, mira veme”, pero yo no podía moverme, estaba paralizada, sentía muy feo, una sensación de impotencia y miedo, hasta que después ya pude mover mi cabeza y lo vi ponerse de pie solo, y caminar hacia mí, sentí felicidad, pero me sentía mal porque yo no me podía mover, y eso me desespero mucho, y desperté sintiéndome muy mal.

En otra sesión **D.**, comenta que, ella era más cercana a su papá cuando era niña, y recordó un suceso que le cambio la vida, y que hizo que se sintiera más sola, siendo:

D: [...] no recuerdo que andaba buscando, pero estaba “trasculcando” en los cajones de la cómoda de mi mamá, y entre unos papeles que había encontré unas actas de nacimiento, y ahora que lo recuerdo, lo que me llamo la atención fue que los nombres de mis hermanas tenían el mismo apellido y en la mía yo estaba con otros apellidos

Analista: *¿tus hermanas y tu entonces tienen apellidos diferentes?*

D: *si (comienza a llorar de manera desconsolada), recuerdo que fui a preguntarle a mi mamá, le dije que había encontrado unas actas y se las enseñe y las vio y se enojó mucho, me agarro del brazo y me dijo “por qué chingados andas agarrando lo que no es tuyo”, yo ni sabía qué hacer, y porque mi mamá se ponía así conmigo (comienza a llorar nuevamente de manera desconsolada), yo era una niña “chingada madre”, después recuerdo que me jaloneo, y me dijo “ven tengo que confesarte algo”, me sentó en el comedor, y le hablo a mi papá, yo vi como regañaba a mi papá, le decía bien feo “mira lo que hizo tu hija, ves que no entiende” y demás cosas, y yo estaba sentada sola de un lado de la mesa, y del otro lado mi mamá y mis hermanas viéndome enojadas, como si hubiera, no sé, matado a alguien.*

Analista: *¿a qué te refieres como si hubieras matado a alguien?*

D: *pues es que eso sentía cuando veía a mi papá, él no me volteaba a ver, estaba viendo hacia el piso, estaba a un lado, ese día fue el más terrible de mi vida, sentía mucho miedo, mi mamá estaba enojada conmigo y le estaba gritando a mi papá, y me dolía más que él no decía nada, no me defendía, y después me dijo algo que cambio mi vida*

Analista: *¿a qué te refieres con algo que cambio tu vida?*

D: *si, me dijo que mis hermanas tenían otro papá, y que yo si era hija de ella y mi papá, recuerdo que cuando dijo eso, lo dijo así sin pensar si yo iba a estar afectada, y vi también a mi papá llorar (comienza a llorar de manera descontrolada)*

Analista: *viste a tu papá llorar*

D: *si (llora de manera descontrolado) y yo sentí mucho miedo, no me podía mover, estaba paralizada, solo se me quedaban viendo y no decían nada, ni mi papá, solo lloraba viendo al piso, no me decía nada, no me defendía*

Analista: *D. me da la impresión que esperabas algo más de tu papá*

D: *pues que se imagina (lo dice con tono de molestia y llanto) que se defendiera, pero no hacía nada, por su culpa ahora me siento como si el tiempo no pasará y sin yo poder moverme o hacer algo por mi cuenta*

En otra sesión, mientras hablaba de su hijo Adrián, asocio que algo cambio en su vida al momento de su nacimiento, siendo:

D: *cuando nació mi hijo Adrián, sentí mucho miedo y la sensación de no poderme mover*

Analista: *¿a qué te refieres?*

D: *si, lo describiría como si en ese momento que me dijeron que tenía algo mal el bebé, me hubieran cortado las piernas a mi también, como si me hubieran incapacitado para seguir con mi vida, igual como cuando me dijeron lo de mis hermanas y yo*

4.3.3 Lo que se precipita en la imagen del hijo discapacitado; la triada padre-esposo-hijo

El primer encuentro con **D.** fue sin duda algo singular, ya que al momento en que en la sala de espera de la USP se le recibió, se mostró exageradamente atenta y cordial, incluso manifestando mientras nos dirigíamos al cubículo que:

D: *[...] pues me da mucho gusto que me haya tocado usted, un hombre con traje, muy formal, se me hace que me va a ir muy bien con usted, siempre me habían tocado puras psicólogas fodongas.*

En otra sesión **D.** menciona que tiene dificultades con su esposo relacionadas con la sexualidad debido a los problemas que tiene con su hijo Adrián, comenta:

D: *[...] ay pues mi esposo (lo dice mientras suspira) ya no me satisface, cuando tenemos relaciones sexuales, primero lo tengo que andar convenciendo porque él*

nunca me busca, y ya después que quiere el “pendejo”, me sale con la “chingadera” de que él muy “chingon” termina a “toda madre” y yo ahí esperando, o sea ¿hasta para eso no sabe cómo hacer las cosas, o sea no sabe que me gusta?, es muy poco hombre, porque ni eso puede darme, un orgasmo de perdido, uno aunque sea

A raíz de lo anterior, ha preferido dejar tener relaciones con su esposo, llegando actualmente a no dormir juntos, ya que ella lo corrió de la cama al sofá de la sala. Comenta que necesita que la satisfagan, que la cuiden, la apapachen como mujer, cosa que el marido no puede hacer.

En otra sesión, comenta que su esposo nunca la defiende, que es un “pendejo” por no saber cuidarla, dice:

D: *[...] estábamos en una fiesta de su familia, y su hermana empezó a decir algo así de cómo cuidar a los esposos, y me empezó a decir indirectas*

Analista: *¿A que te refieres con indirectas?*

D: *pues de que yo, queriendo decir que soy una pendeja, que no cuido a mi esposo, que no sé qué cosas, que ojala otra vieja si lo hubiera cuidado y procurado, y que por eso los esposo se van de la casa y dejan a las mujeres, y lo que me dio más coraje es que mi esposo, el “pendejo” no me defendía, me decían cosas (llora) y mejor agarre a mis niños y me fui*

En otra sesión comenta, mientras habla del diagnóstico de su hijo, y por qué se complicó su embarazo, que:

D: *cuando llegamos al hospital, yo nomas miraba a mi esposo ahí sin hacer nada, yo quería que se moviera, que hiciera algo, pero el “pendejo” no les decía nada a los demás médicos “pendejos”, y eso que es el jefe de ellos, por eso todo salió mal, porque se lo deje al “pendejo”*

En otra sesión comenta que le molesta mucho que, su esposo cuando salen a fiestas, no se acomode a ayudarla, y que todo el tiempo se la pasa con Camilo, que no es para ayudar a Adrián, dice:

D: *ahí lo ve que está batallando para parase y no hace nada, nomás se le queda viendo como “pendejo”, y yo pues me enoja, es que me da coraje que si ve que no puede, no se pare a ayudarlo, ahí lo deja que todas las demás personas lo vean como batalla para caminar y les provoquen lastima*

Posteriormente menciona **D.**, que ella quisiera trabajar, para poder salirse como lo hace su esposo, el cual se la pasa la mayoría del tiempo fuera de casa, y que cuando llega solo quiere descansar, cosa que a ella le molesta porque siente que no la ayuda con sus hijos y que además en ocasiones le tiene que exigir casi que juegue con los niños, pero lo que hace es que solo los acuesta con él a ver la tele, cosa que la desespera más porque siente que no hacen nada, que estando así no van a mejorar, en especial Adrián.

A través de estas asociaciones dice que se arrepiente de haberse casado con su esposo, que lo hizo a lo mejor porque lo que buscaba era salirse de su casa, para no estar aguantando a su mamá; que porque a quien ella realmente quería era a un ex novio el cual si la satisfacía, menciona:

D: *a él fue al único a quien he amado, y de un tiempo para acá pienso mucho en él, como hubiera sido haberme casado con él, a lo mejor no hubiera nacido mi hijo con esa discapacidad, pero también pienso que él no me hubiera dado lo que mi esposo me da económicamente*

En otra sesión, se ubica por medio del discurso, el momento donde transferencialmente, ubica la demanda en la figura del analista, cuando dice:

D: *[...] se ve muy guapo el día de hoy, parece como un doctor (lo dice mientras se sonríe)*

Analista: *¿a qué se refiere a “parece como un doctor”?*

D: *es que se ve bien así con su traje, y todos los demás se ven bien chavitos, no dan la pinta de profesionistas, aparte Ud. hasta parece Superman, los lentes y como que debajo del traje, se va a abrir la camisa y se va a ver el disfraz*

Analista: *pero, Superman solo muestra su disfraz cuando alguien no puede valerse por sí mismos*

D: *pues por eso, yo ocupo que usted me diga, bueno más bien, que ojalá le pudiera decir a mi esposo cómo ser así y verse como profesionista, alguien que sabe cómo hacer sentir bien a las personas, además, se supone que al venir aquí con Ud. voy a saber cómo ser mejor mamá ¿no?, ya no sentirme mal por Adrián*

Se puede observar que **D.** ubicaba en la figura del analista a un hombre simbólicamente no castrado, quien pudiera proveerle lo que el padre no le había podido dar, y posterior, tampoco el esposo; alguien que pudiera colmar su falta, dotarla de ese hijo/falo que la completaría.

Sobre este punto, se explica lo siguiente, desde el comienzo de su tratamiento **D.** manifestaba una atracción respecto de la imagen, se observa que para ella lo importante en alguien más y lo que le parecía llamativo partía de la imagen; lo que proyectaba en la imagen de los otros, esa imagen identificatoria, era lo que precisamente iba a suscitar y dar sentido a su propio análisis.

CAPITULO 5

SINTESIS Y CONCLUSIONES

5.1 Síntesis de la intervención clínica

La paciente **D.** asiste a sesión mostrando resistencias, las cuales se debían al abandono por parte de las anteriores terapeutas, por tal motivo de inicio manifestaba resistencias en torno a considerar si el tratamiento iba a ayudar a solucionar sus problemas o solo iba a ser algo similar como con las anteriores. De igual manera se observa en la paciente **D.**, una desorganización la cual nos da cuenta de que en las anteriores sesiones no se había trabajado el tema de sus relaciones o vínculos afectivos primarios, por lo que se comenzó a trabajar desde esa perspectiva.

Por tal motivo, y por recomendación de nuestros supervisores, es que nos dimos a la tarea de intervenir primero, en el anudamiento de su dinámica familiar, ya que se observó que, a raíz de las anteriores intervenciones terapéuticas, a la paciente **D.** le era imposible pensar que sus problemas se debían a cuestiones subjetivas, ya que como se observa en su demanda de tratamiento, consideraba que lo que le sucedía se debía a factores cognitivos y actitudinales, tomando como única solución cambiar sus pensamientos, y de esa manera poder salir adelante.

Inicialmente en el caso clínico se buscó descifrar, por medio de solicitar a la paciente **D.**, sus primeras intervenciones en el pasillo, ya que desde nuestro primer encuentro, nos pudimos dar cuenta por medio de su discurso, la importancia que **D.** depositaba en la imagen del analista, dando la impresión de que lo único importante y que dotaba a alguien de una posición privilegiada para sus afectos era alguien que parecía un profesional, al menos en su imaginario.

Se observó que en el presente caso clínico, la figura del analista tuvo un peso significativo, ya que fue desde esa figura transferencial, que surgieron otras figuras significativas en la vida de **D.**, siendo las que por medio de sus interacciones o vínculos primordiales dieron origen a los padecimientos de la paciente **D.**, y de

igual manera generaron los criterios conceptuales los cuales dotarían de sentido a nuestro análisis.

Al conducirnos por este entramado clínico, y ubicar dichas categorías conceptuales, es que pudimos comenzar a trabajar con **D.**, respecto de esa resignificación que se ubicaba en la figura de su hijo, permitiendo que pudiera asumirse como madre, esposa e hija, a pesar de que la condición de su hijo Adrián, reviviera inconscientemente esa herida primordial en esa relación Edípica con sus propios padres, y que se repetía en las relaciones con su esposo y otras relaciones afectivas.

Posterior a trabajar en sesión sus relaciones afectivas, y dinámica familiar, se observó en la paciente **D.** que comenzaba a realizar movimientos subjetivos, ya que comenzaba a realizar “insights” en torno a su propio rol y papel dentro de sus propios problemas, comenzó a asumir sus responsabilidades, y sobre todo, comenzó a asumir una actitud de empatía hacía la discapacidad de su hijo Adrián; de igual manera, comenzó a generar acuerdos con su esposo, los cuales se sustentaban en el cuidado equitativo y en base a las propias capacidades de ambos como padres.

Se observó, al final de las sesiones, las cuales se dieron debido al término de mis estudios de posgrado, que la paciente **D.** se ubicó subjetivamente, en torno a una mujer con ideas más sensatas de qué es ser madre, la maternidad, ya no era una suerte de incertidumbre, pudiendo asumir que su hijo Adrián iba a poder llegar a ser independiente en base a sus propias capacidades; de igual manera, pudo asumir el rol de esposa, ya que en las sesiones intermedias y ultimas del análisis, comentaba que se había permitido el llegar a establecer acuerdos con su esposo, para el cuidado de los hijos, pudiendo salir sin sentirse que era mala persona, o sin sentir que se merecía esa salida culpando a su esposo por no hacerlo.

5.2 Discusiones y Conclusiones

Dentro del presente caso clínico, es que pudimos observar cómo se iban desarrollando y ubicando dentro de las sesiones, actos discursivos, los cuales se tradujeron a constructos teóricos, los cuales nos permitieron ubicar en la paciente **D.** una estructura histérica, de igual manera analizar como por medio de la imagen del hijo discapacitado, la herida narcisista en la madre generaba en ella una insatisfacción similar a la de sus primeras relaciones afectivas; de igual manera, se ubicó como esa herida narcisista por medio de la repetición, afectaba sus relaciones actuales, identificándolas como figuras significativas de su pasado, imposibilitándole el poder asumirse en sus diferentes roles como mujer.

En base a esas observaciones discursivas, es que se comenzó a trabajar con ese lugar que como analista se nos asignó; en un primer momento, aquel que poseía un lugar privilegiado, alguien que sabía cómo hacer sentir bien a los demás, alguien que podía colmar la falta en los demás; y posteriormente, en segundo lugar, una figura la cual podía decirle a los demás, en especial, a los otros hombres, cómo hacer sentir bien a una mujer, cómo ser buenos esposos y sobre todo buenos padres.

Al ubicar sus vínculos primordiales, se encontró la figura de la madre, como una de las más importantes, ya que era una madre omnipotente, la cual no permitió asumirse a **D.** como mujer, ya que las interrogantes que ella ponían en juego dentro de su análisis, eran ¿qué es ser buena hija?, ¿qué es ser buena madre? Y ¿qué es ser buena esposa?, las cuales se apuntalaban directamente, a la segunda figura significativa, la cual era su hijo Adrián.

Al analizar por medio del acto discursivo esta figura y su relación afectiva, se encontró que quien sostenía los síntomas de la paciente **D.** era su hijo Adrián, en él, se ubicaba simbólicamente la falta, esa promesa inicial que surgiría en esa

relación Edípica con sus propios padres; se observó que inconscientemente **D.** resignificaba en la imagen de su hijo, esa falta primordial, aquella herida narcisista.

De igual manera, venían en tercer término dos figuras que por su efecto asumían un papel importante, sin embargo, al inicio dentro del discurso de **D.**, parecían como alejadas de todo efecto, sin embargo, por medio de analizar dichos vínculos, se observó que esas figuras; padre y esposo, aparecían equiparables, ya que por medio del desplazamiento, **D.**, ubicaba en la figura de su esposo, a ese padre castrado, incapaz de proporcionarle gratificación, ese padre Edípica, garante del deseo insatisfecho.

La intervención que se llevó a cabo en el anterior caso clínico, se instauró inicialmente por medio del discurso de **D.**, por medio de las experiencias objetivas, las cuales mostraban entre líneas, remanentes de vivencias y entramados subjetivos, los cuales nos permitieron que el dispositivo psicoanalítico entrara en acto, a través del análisis de la transferencia.

Las categorías conceptuales que nos sirvieron para orientar nuestra investigación dentro de este caso clínico particular, surgieron de una escucha atenta, que nos permitió una construcción de un caso psicoanalíticamente orientado, ya que la teoría en que se funda nuestra investigación, es la propuesta por Sigmund Freud, dotando así de un sentido psicoanalítico la intervención clínica, buscando a su vez brindar una ayuda terapéutica al sujeto.

Dicho caso clínico, en mi particular punto de vista, me ayudó a comprender que existen situaciones o problemáticas en la actualidad, que quizás desde sus intervenciones terapéuticas, dejan de lado aspectos fundamentales, los cuales pueden estar incidiendo en el malestar de los sujetos implicados; de tal manera, fue mi intervención, que pude comprender el impacto de las intervenciones desde el método psicoanalítico, logrando así resultados terapéuticos positivos para los

sujetos, permitiéndoles asumir su deseo permitiendo que puedan realizar estrategias diferentes para poder resolver sus propios problemas.

Considero de manera personal que el transitar por la Maestría en Psicología con Orientación Clínica Psicoanalítica, también, pudo ubicarme de una mejor manera acerca de nuestro “qué hacer” como psicólogos bajo el método de intervención psicoanalítico, ya que pude apreciar el cómo nuestras intervenciones tienen y deben siempre generar conocimiento investigativo, ya que cada caso se analiza desde su particularidad, pero sin dejar de lado su anudamiento teórico; por lo anterior considero que uno de los objetivos de la maestría, es que nosotros como analistas en formación podamos asumir la investigación psicoanalítica de los problemas contemporáneos, teniendo la posibilidad de generar estados de conocimiento vigentes.

De igual manera, para dar por concluida mi investigación, agradecer a los maestros que me acompañaron con su sabiduría, conocimiento y escucha, por medio de las supervisiones; de igual manera a los maestros que por medio de sus clases, llenas de experiencias, lecturas, debates y sobre todo, pasión por el psicoanálisis, me ayudaron a poder concluir mis estudios de posgrado, a todos ellos gracias infinitas.

BIBLIOGRAFIA

Freud, S. (1925) "*Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica de los sexos.*" Volumen XIX. Obras Completas. Editorial Amorrortu

Freud, S. (1924) "*El sepultamiento del complejo de Edipo.*" Volumen XIX. Obras Completas. Editorial Amorrortu

Freud, S. (1932-1936) "*Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis y otras obras.*" Volumen XXII. Obras Completas. Editorial Amorrortu

Freud, S. (1901-1905) "*Tres ensayos de teoría sexual y otras obras.*" Volumen VII. Obras Completas. Editorial Amorrortu

Nasio, J. D. (1990). "*El dolor de la histeria.*" Editorial Paidós

Laplanche, J. y Pontalis, J.-B. (1996) "*Diccionario de Psicoanálisis.*" Barcelona: Editorial Paidòs. (Orig. 1964)

Lacan J. (1956). "*Seminario 4, La relación de objeto.*" Editorial Paidós. 2008

Lacan J. (1957-1958) "*Seminario 5, Las formaciones del Inconsciente.*" Editorial Paidós, 2008

Rodulfo, R. (1996) "*El niño y el significante.*" Editorial Paidós

Padilla, F. E. (2000) "*Discapacidad y Psicoanálisis. El nacimiento de un sujeto.*" Imago Agenda No. 45, <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=2098>

Tendlarz, S. E. (2001) "*Recorrido del falo en la infancia.*" Imago Agenda No. <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=20968>